

Faculté de Médecine de Paris

Année 1935

N°

THÈSE **704**
POUR LE
DOCTORAT EN MÉDECINE
(Diplôme d'État)

PAR

Charlotte BAQUÉ

Née le 5 juillet 1909, à BAGNÈRES-DE-LUCHON (Haute-Garonne)

LA BOURSE PHARYNGÉE

ANATOMIE — PATHOLOGIE

Travail du service du Professeur WORMS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas, PARIS (V^e)

1935

Faculté de Médecine de Paris

Année 1935

N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(*Diplôme d'État*)

PAR

Charlotte BAQUÉ

Née le 5 juillet 1909, à BAGNÈRES-DE-LUCHON (Haute-Garonne)

LA BOURSE PHARYNGÉE

ANATOMIE — PATHOLOGIE

Travail du service du Professeur WORMS

Président : M. LEMAITRE, Professeur

Librairie L. RODSTEIN
17, rue Cujas, PARIS (V^e)

1935

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	LÉON BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	H. CLAUDE.
Clinique des maladies du système nerveux	GOUGEROT.
Clinique des maladies infectieuses	GULLAIN.
	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
	N...
Clinique gynécologique	OMBRÉDANNE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	RATHERY.
Clinique thérapeutique médicale	LEMAITRE.
Clinique oto-rhino-laryngologique	Pierre DUVAL.
Clinique thérapeutique chirurgicale	SERGENT.
Clinique propédeutique	BEZANÇON.
Clinique de la Tuberculose	MATHIEU.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCQUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri)	Pathologie médicale.
BERNARD (Etienne)	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON	Physique.
FEY	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.....	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.
LAROCHE (Guy).	Pathologie médicale.

MM.

LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
LÉVY (Mlle J.).	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI..	Neurologie et Psychiatrie.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS..	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIEVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RICHT	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
ÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.
BESANÇON	Hydrologie.

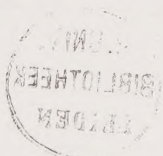
III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS À L'EXERCICE pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT.	Physiologie.

MM.

LEROUX	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.



IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

ABRAMI
ALAJOUANINE ...
AUBERTIN
BRULÉ
CHABROL
CHIRAY
DONZELOT
DUVOIR
LIAN
PASTEUR - VALLE
RY-RADOT
SÉZARY

Clinique médicale.

MM.

BASSET
BROCO
CADENAT
GATELLIER
HEITZ-BOYER ...
MOURE
QUENU
SCHWARTZ
VELTER

Clinique chirurgicale

MM.

ECALLE
GUÉNIOT
LE LORIER
LÉVY-SOLAL
METZGER

Clinique obstétricale.

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ...	Éducation physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.
FREY	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

*C'est à vous que je veux dédier
mon premier ouvrage, bien mo-
deste travail, en témoignage de ma
profonde affection et de ma vive
reconnaissance pour tout ce que
vous faites pour moi.*

AUX MIENS

A TOUS MES AMIS

A MES CHERS CAMARADES

A MON PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMAITRE

Professeur de Clinique Oto-rhino-laryngologique

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de cette
thèse. Qu'il veuille trouver ici l'as-
surance de ma respectueuse grati-
tude pour la bienveillance qu'il m'a
toujours témoignée.*

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. WORMS

Médecin-colonel

Professeur au Val-de-Grâce

Officier de la Légion d'Honneur

*Qui m'a inspiré le sujet de cette
thèse, et m'a toujours aidée de ses
conseils avec une bonté et une bien-
veillance pour lesquelles je le prie
d'accepter mes remerciements af-
fectueux.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR HALPHEN

Professeur agrégé de Clinique Oto-rhino-laryngologique

Qui m'a toujours réservé un charmant accueil dans son service. Qu'il veuille bien accepter ce faible témoignage de ma profonde gratitude.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR HOVELACQUE

Professeur d'Anatomie à la Faculté de Médecine

Chef des Travaux anatomiques

Chevalier de la Légion d'Honneur

En témoignage de ma reconnaissance pour sa grande amabilité à mon égard.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX :

OMBREDANNE,
BEZANÇON,
HALBRON,
MATHIEU,
LEREBOULLET;
ABRAMI,
SEZARY,
GUILLAIN,
LEVY-SOLAL,
LEMIERRE,
LEMAITRE,
TERRIEN,
MARION,
CLAUDE.

A MES MAITRES
DE LA FACULTE DE MEDECINE

A TOUS LES MEMBRES DE MON JURY

INTRODUCTION

Il est un sujet qui, à la fin du siècle dernier, a soulevé de vives discussions pendant une vingtaine d'années, puis a sombré dans l'oubli sans avoir été mis au point d'une manière définitive. Nous voulons parler de la Bourse pharyngée.

Nous avons pensé qu'il serait intéressant de reprendre cette question et essayer de faire la part de la vérité sur ce que l'on a déjà écrit à son sujet. Grâce à la grande amabilité de M. le Prof. Worms, qui a bien voulu nous confier les résultats de ses recherches anatomiques précises, et grâce à celle de M. le Prof. Hovelacque qui nous a permis de travailler dans son laboratoire et a mis à notre disposition un matériel nécessaire toujours si difficile à trouver, nous avons pu nous rendre compte par nous-même ce que signifiait ce terme « *Bourse pharyngée* ».

Nous ne saurons jamais assez bien exprimer notre reconnaissance à MM. Worms et Hovelacque, ainsi qu'à M. Halphen qui nous a si aimablement permis de faire dans son service des examens et des recherches au point de vue pathologique.

Notre but est d'essayer de mettre au point les parties : anatomie et pathologie de la Bourse pharyngée, sur lesquelles les divers auteurs sont en désaccord. Nous ne ferons pas l'historique de cette question en un chapitre à part,

car nous y reviendrons à chaque partie de notre étude ; mais nous citerons tout de suite deux noms autour desquels gravitent tous les autres :

Luschka, en anatomie ;

Tornwaldt, en pathologie.

Notre modeste ouvrage comprendra, après une rapide revue embryologique, deux parties principales : l'anatomie, la pathologie de la Bourse pharyngée. Nous dirons chaque fois ce que nous avons constaté par nous-même, et nous essayerons ensuite de conclure en toute impartialité.

EMBRYOLOGIE

C'est en 1860 que Luschka s'intéressa, pour la première fois, à la Bourse pharyngée. Celle-ci avait été découverte par F.-J.-C. Mayer, de Bonn, qui en avait donné une première description en 1842. Quatre ans plus tard, Tortual confirma son existence.

Pour Luschka, dont on accepta longtemps d'ailleurs la description sans la contrôler, la Bourse pharyngée est un reste fœtal, une partie persistante du canal cranio-pharyngien, et dont le développement se rattache à celui de l'Hypophyse. Ainsi avaient pensé, avant lui, Virchow et Landzert; opinion soutenue par Fraenkel, et combattue par Dursy et Ganghofner. D'autre part, d'après Mayer et Tortual, il y aurait des relations possibles entre la Bourse pharyngée et le développement des sinus sphénoïdaux. Mais pour de nombreux auteurs, il s'agit d'une simple dépression par adhérence de la muqueuse à la paroi, une sorte d'ombilication.

Que conclure ? Et que nous apprend l'Embryologie au sujet de la formation de cette Bourse ?

Nous savons que, dès les premiers stades de la vie, l'embryon présente, à l'extrémité céphalique, trois parties à peu près parallèles :

- l'intestin céphalique,
- la chorde dorsale,
- le tube nerveux avec ses trois renflements : cerveau antérieur, troisième et quatrième ventricules.

Très rapidement, l'ectoderme de la face ventrale se creuse en une invagination buccale qui s'avance vers l'intestin céphalique ; elle en est séparée par une cloison : la *membrane pharyngée* de Remak. Immédiatement en arrière de son insertion vient l'extrémité antérieure recourbée de la chorde dorsale. Puis, la membrane pharyngée s'amincit, se perfore, et la portion supérieure qui reste prend le nom de *voile pharyngien primitif*, présentant une face ectodermique et une face endodermique.

Au cours de la quatrième semaine, une invagination ectodermique se creuse en avant du voile : c'est la *poche de Rathke*. Peu à peu, la poche de Rathke s'avance vers la base du cerveau intermédiaire, s'étire en un tube creux et constitue un véritable sac dont les parois sont formées de plusieurs assises de cellules cylindriques. Le sac est relié à la cavité buccale par le *canal hypophysaire*.

En même temps, le squelette de la base du crâne s'ébauche aux dépens du tissu conjonctif embryonnaire. Celui-ci s'épaissit, le canal s'oblitére, et le sac hypophysaire n'a plus désormais de relation directe avec la cavité buccale ; il se trouve isolé entre le cartilage de la base du crâne et le cerveau intermédiaire.

Cependant, du plancher de ce dernier naît une évagina-

tion creuse qui va à la rencontre du sac ; c'est l'*infundibulum*, le *tuber cinereum* qui donnera plus tard le lobe nerveux de l'Hypophyse. Bientôt, le sac hypophysaire le contourne, d'avant en arrière de chaque côté, formant un croissant qui l'enlace. Le croissant se comble par bourgeonnement des cellules de sa paroi interne et devient le lobe antérieur de l'Hypophyse, du volume d'une petite noisette. Tandis que le tube postérieur se remplit de névroglie pour en constituer le lobe postérieur, nerveux, gros comme un pois.

En même temps que la poche de Rathke apparaissent d'autres cavités, moins importantes : en avant d'elle, la *cavité antérieure de Wædermann*, aux dépens de l'ectoderme ; sur la face endodermique du voile, la *poche de Seessel* ; enfin, entre les deux, une autre dépression. Tous ces organes concourent à la formation du pédicule pharyngohypophysaire, et il résulte de ceci que le sac a une origine à la fois ectodermique et endodermique.

Dès lors se trouve constituée l'Hypophyse, placée dans un tissu mésenchymateux qui deviendra le sphénoïde avec sa selle turcique. L'Hypophyse, organe aux deux portions bien distinctes, nerveuse et glandulaire, l'origine pharyngienne de celle-ci étant absolument indiscutable. Reste à savoir si la glande pituitaire conserve des relations avec ses origines. L'Embryologie est-elle capable de répondre à cette question ?

A tous les âges, il existe une petite formation glandulaire située sur la voûte du pharynx, en arrière de l'articulation sphéno-vomérienne, et dont la structure est identique à celle

de l'Hypophyse centrale. En raison même de cette similitude, on l'appelle Hypophyse pharyngée.

Nous savons que le canal hypophysaire s'oblitére quand la base du crâne devient cartilagineuse, c'est-à-dire vers le troisième mois de la vie fœtale. Au cours du septième mois, les deux portions (pré- et basi-) du sphénoïde se soudent, donnant la synchondrose intersphénoïdale; de même, sphénoïde et occipital donnent la synchondrose sphéno-occipitale. C'est entre ces deux synchondroses que se trouve le canal hypophysaire, devenu *cranio-pharyngien*, et qui n'est pas toujours fermé à la naissance, parfois même plus tard. Or, quand ce canal cranio-pharyngien existe, c'est à son ouverture exocranienne, à la face inférieure du sphénoïde, que répond l'Hypophyse pharyngée.

Donc, les deux Hypophyses, centrale (glandulaire) et pharyngée, ont la même origine, et il est logique de penser qu'elles puissent conserver des relations au-delà de la vie fœtale. Nous reviendrons plus tard sur ce sujet.

Mais jusqu'à présent nous n'avons pas encore parlé de la Bourse pharyngée, nous ne l'avons pas vue dériver de la formation de l'Hypophyse comme le prétendait Luschka.

Son hypothèse ne fut point admise par Dursy. Cet auteur ne crut pas possible un tel reste fœtal car, d'après lui, un prolongement en avant, vers la selle turcique, ne peut se faire; il ne pourrait exister que vers l'occiput. Voici comment Dursy explique la formation de la Bourse pharyngée :

A la paroi postérieure du pharynx, chez l'Embryon, la muqueuse s'attache seulement au corps de l'occipital, d'où

la forme en entonnoir orienté d'arrière en avant, et placé derrière l'orifice de la trompe d'Eustache. Au contraire, l'ectropion de Rathke, qui n'est d'ailleurs plus visible depuis longtemps, se trouve devant cet orifice. — « *Si la muqueuse, plus tard, gonfle et s'accroît, alors se forme ce qu'on appelle la Bourse pharyngée* ».

Ganghofner se range à l'avis de Dursy : le canal cranio-pharyngien a disparu depuis déjà longtemps lorsque se montre, beaucoup plus en arrière, le *recessus pharyngien médian*, dépression linéaire ou punctiforme, conséquence de l'adhérence de la muqueuse à la paroi osseuse. La Bourse pharyngée résulterait donc d'une sorte d'ombilication muqueuse.

Mais pourquoi la paroi du pharynx est-elle ombiliquée en un point ? La corde dorsale, au niveau de son extrémité céphalique, s'isole de l'endoderme, mais un bourgeon antérieur s'avance jusqu'à l'épithélium du pharynx et se fusionne avec l'ectoderme de la poche de Rathke. La muqueuse pharyngienne est ainsi fixée, en ce point, au squelette primitif. Puis, la corde s'infléchit en avant et contourne le fond de la poche de Seessel en décrivant une courbe fortement convexe en haut. C'est à ce moment que la muqueuse, retenue par son adhérence, se déprime au niveau de ce point fixe et la Bourse pharyngée est dès lors constituée. C'est ainsi que Froriep l'explique, ayant trouvé chez un embryon de 3 cm. 8 la Bourse dont l'extrémité était enfoncée dans un amas de cellules de la corde rétro-pharyngée.

S'agit-il vraiment de la Bourse pharyngée ? Ici non plus les auteurs ne sont pas d'accord. Ainsi, Ganghofner nomme

recessus médian « *cette adhérence solide de la muqueuse à la voûte* », tandis que le nom de Bourse pharyngée est réservé aux « *formes du récessus qui se développent de façon pathologique* ».

Quoi qu'il en soit, il se forme bien une dépression par adhérence. Peut-on dire, avec Luschka, reste fœtal en relation avec le développement de l'Hypophyse? Peut-être, si l'on considère la fusion de la chorde avec l'ectoderme de la poche de Rathke. Cependant, il est vraisemblable que, même si la poche de Rathke ne se constituait pas, l'incurvation de la chorde céphalique déterminerait, à elle seule, la formation de la fosse aux dépens de l'ectoderme de la cavité buccale.

D'autre part, Suchanek, Escat ont montré que le canal cranio-pharyngien se trouve bien en avant de la Bourse; le premier est sphénoïdien, la seconde est occipitale.

Par conséquent, l'Embryologie nous montre bien que la Bourse pharyngée n'a rien à voir, directement, avec la formation de l'Hypophyse, et l'hypothèse de Luschka est à rejeter.

Quant aux relations de la Bourse pharyngée avec les sinus sphénoïdaux, rien ne permet de les soupçonner, au moins du point de vue embryologique, car le sinus sphénoïdal ne se développe que très tard au cours de la deuxième enfance, et ne devient réellement appréciable que vers l'âge de 5 à 6 ans.

ANATOMIE

L'Anatomie, tout comme la Pathologie, est un domaine où les questions qui paraissent les plus simples ont été parfois l'objet d'interminables controverses. Et il est curieux de constater que, pour une si petite portion de notre organisme, la Bourse pharyngée, les discussions aient été aussi vives et les conclusions aussi opposées suivant les auteurs.

HISTORIQUE

Après que Luschka eut parlé de la Bourse pharyngée en 1860 et en 1868, des travaux parurent en nombre à l'étranger, surtout en Allemagne, d'où il ressort que personne n'est d'accord sur l'anatomie de cet organe : diversité des descriptions, divergence des opinions sur la réalité même de la Bourse.

Pour les uns, la Bourse pharyngée est un organe normal et constant. Pour les autres, elle n'est qu'une forme, normale, du recessus médian, et de ce fait, non constante. Au contraire, certains la considèrent comme une forme pathologique de ce recessus. Enfin, tous les chercheurs ne l'ont pas

trouvée ou l'ont interprétée différemment, puisque quelques-uns sont loin d'affirmer son existence ou même la nient complètement.

Nous allons essayer de récapituler brièvement les principaux travaux que l'on a faits, jusqu'à présent, sur la Bourse pharyngée.

Nous avons déjà dit que Mayer, de Bonn, fut le premier à décrire cet organe en 1842. Tortual (1846), Luschka (1860) et d'autres auteurs confirmèrent l'existence de cette particularité anatomique de la voûte pharyngée : Henle, en 1866, remarqua parfois « *une petite ampoule* » dans le tissu auquel il refuse la nature lymphatique ; Ch. Robin signale que le sillon médian se « *termine en arrière en un foramen cæcum* » qui n'est autre que la Bourse pharyngée. Luschka revint sur ce sujet et donna en 1868 sa description définitive :

« — On trouve très souvent, pour ne pas dire toujours, « à la lame du tissu adénoïdien du pharynx, un orifice de « dimension plus grande que ceux des glandes ordinaires, « et d'une toute autre signification.

« Tantôt arrondi et du diamètre d'une tête d'épingle, « tantôt plus grand et limité en haut seulement par un « rebord saillant ; cet orifice donne accès dans un cul-de- « sac de 1 cm. 1/2 de long au maximum, et large au plus « de 6 mm., qui se trouve situé derrière la couche adénoïde « de la muqueuse à laquelle il est uni par un tissu cellu- « laire lâche. Il remonte jusqu'à l'apophyse basilaire de « l'occipital, pour finir en se rétrécissant en pointe dans le « tissu fibreux de la région.

« A la partie postérieure, la Bourse est quelquefois environnée d'acini glanduleux, et d'autres fois de fibres musculaires se continuant avec les fibres blanches du tissu fibreux.

« Elle est protégée par l'origine du ligament fibreux postérieur du pharynx qui, on le sait, commence au tubercule pharyngien. »

Puis, après un certain temps de silence, ce fut une véritable fièvre de recherches afin de contrôler les dires de Luschka.

Ganghofner, de Prague, fut un des premiers à les contester. Etudiant l'amygdale pharyngée chez l'enfant, il explore le sillon médian à l'aide d'une sonde, constate que celle-ci s'engage, à l'extrémité postérieure, dans une petite excavation qui est bien située au-dessous du tissu adénoïde ; mais ce ne serait qu'un diverticule de la muqueuse, atteignant un à deux millimètres de profondeur à la naissance, grosse comme une tête d'épingle seulement chez l'embryon de trois mois, et qui devient, chez l'enfant de deux à trois ans, une poche très appréciable ayant une ouverture elliptique. Il décrit la Bourse pharyngée comme étant : « une dilatation plus ou moins grande de la muqueuse de la voûte, « située sur la ligne médiane en avant du tubercule pharyngien, à la place où cette muqueuse adhère à la base « du crâne ».

Dans ses recherches sur le cadavre, l'auteur ne fut-il pas surpris par la force de cette adhérence qui unit intimement la muqueuse de la Bourse au fibro-cartilage basilaire ? De plus, la couche glandulaire de la sous-muqueuse est inter-

rompue dans le fond du recessus qui répond directement à une puissante couche conjonctive.

C'est seulement chez l'enfant que la Bourse pharyngée se présente dans son état normal « comme un produit de l'adhérence solide de la muqueuse à la voûte, dans une fosse préformée ». Ce serait, en situation médiane, l'équivalent des fossettes de Rosenmüller. D'après Ganghofner, elle est constante ; seule, la forme en est variable, ce qui aurait fait croire souvent à l'inconstance de la Bourse.

Considérant les facteurs qui contribuent à sa formation, puisqu'il ne croit pas à un reste fœtal de la poche de Rathke, Ganghofner donne de l'importance à trois d'entre eux : Avant tout, la « fixation de la muqueuse à cette place » par du tissu conjonctif court et raide », condition essentielle. Puis, c'est la « disposition des muscles longs du cou » ; tous deux limitent un espace en triangle dont la base est en avant, contre la cloison, et le sommet en arrière, sur le tubercule pharyngien. Enfin, le ligament pharyngien médian renforce la fixation de la muqueuse sur la ligne médiane.

Peu à peu, la Bourse s'accuse davantage par suite de l'accroissement en hauteur des deux bandes centrales de tissu adénoïdien qui la limitent. Ganghofner voit souvent le recessus présenter une cloison qui le divise en deux compartiments, ce que Luschka croyait être l'exception. Certains même sont cloisonnés plusieurs fois et plus ou moins complètement, d'où résulte un véritable labyrinthe : nombreux espaces communiquant entre eux d'une manière assez compliquée.

Des travaux de Ganghofner, il faut retenir que la Bourse

pharyngée n'existe pas telle que Luschka l'a décrite. Il y a un récessus médian, normal, à l'extrémité postérieure du sillon central ; quant à la Bourse pharyngée, ce n'est qu'une forme, pathologique, de ce récessus médian.

Un allemand, Trautmann, fit ensuite à Berlin des travaux sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. Il trouva, au cours de ses recherches anatomiques, la même cavité dans la situation déjà indiquée, s'enfonçant sans le traverser dans le fibro-cartilage et n'atteignant jamais le tissu osseux. Constatations qui, d'ailleurs, concordent avec celles de Ganghofner.

(Puis, ce fut Tornwaldt, de Dantzig, qui en 1885 publia un ouvrage retentissant sur la pathologie de la Bourse pharyngée. Dans la grande majorité de ses examens pharyngoscopiques, il a pu voir, sur la ligne médiane de la muqueuse, au point indiqué par Luschka, une ouverture qui, par tous ses caractères, correspond à la Bourse décrite en 1868. Elle est le plus souvent située au milieu de la ligne qui joint l'extrémité supérieure de la cloison à la protubérance de l'atlas. Il conclut à sa constance à peu près absolue. Il trouve la Bourse pharyngée soit en une cavité saciforme, soit en un canal borgne ayant une entrée assez étroite. Il refuse à cette Bourse l'analogie de signification avec les fossettes de Rosenmüller, comme la lui octroie Ganghofner. Pour lui, il ne s'agit pas d'enfoncement de la muqueuse, mais d'un reste foetal comme le pensait Luschka.

A la suite de cette publication, de très nombreux médecins ont entrepris systématiquement l'étude de la Bourse

pharyngée. C'est alors qu'en France plusieurs auteurs donnèrent à peu près simultanément les résultats de leurs recherches à la fois cliniques et anatomo-pathologiques.

Tissier conclut, en 1886, que « l'orifice de la Bourse se trouve à la limite inférieure du tissu adénoïdien, ce qui justement ne permet pas de le considérer comme l'analogue d'une crypte amygdalienne. De plus, il siège bien plus bas qu'on ne saurait le supposer à priori, non pas sur la voûte, mais sur la paroi postérieure de l'arrière-cavité ».

De son côté, Luc (1886) le place « à égale distance entre le vomer et l'atlas : une fente antéro-postérieure, simple ou séparée en deux par une cloison et répondant à la description donnée par Tornwaldt ».

Enfin, dans sa belle thèse de Genève, Mégevand étudie la Bourse pharyngée d'une façon très approfondie. Comme première constatation : « rien n'est aussi variable dans la forme », dit-il. De six à douze millimètres en arrière du septum nasal, sur la ligne médiane de la voûte, il découvre une toute petite ouverture à la muqueuse. Très différente suivant les cas : circulaire, elliptique, fente longitudinale, transversale ou oblique, cette ouverture possède parfois, bien que rarement, une sorte de valvule ressemblant à la sigmoïde aortique. De grandeur des plus variables aussi, parfois punctiforme, l'orifice mesure d'autres fois plusieurs millimètres de diamètre.

La Bourse elle-même a le plus souvent une forme en entonnoir ouvert en avant, le sommet se dirigeant vers l'os basilaire qu'il n'atteint que très rarement et sur lequel il laisse alors une empreinte remplie de tissu fibreux. En ré-

sumé, pour Mégevand, la véritable Bourse pharyngée est bien cette « petite cavité en entonnoir située à l'extrémité « postérieure du sillon médian, plus ou moins profonde « que lui, et dont le contenu en diffère souvent ». Un bon argument plaide en sa faveur : cette cavité peut exister sans qu'il y ait trace de sillon médian ; dans ce cas, son ouverture est toujours à dix, douze millimètres au moins en arrière du septum ; tandis que le sillon médian en est toujours plus rapproché. Donc, l'un et l'autre sont deux choses différentes.

La même année, Schwabach fait à Berlin un travail spécial sur la Bourse pharyngée. Il part de ce principe que, pour bien étudier cet organe, il ne faut voir que des sujets normaux ou d'apparence normale, car on risque d'être induit en erreur par les altérations pathologiques si fréquentes de la muqueuse pharyngienne. C'est pour cette raison que l'auteur a fait ses premiers examens sur des têtes d'enfants âgés de un jour à trois ans, et un fœtus de six mois.

Sur les vingt-neuf examens pratiqués, Schwabach n'a pu trouver que quatre fois un petit orifice où la sonde pénétrait à 2 ou 3 mm. Dans la plupart des préparations il n'a décelé aucune fosse. Sur des coupes sagittales d'amygdale pharyngée, jamais il n'a pu voir aucune bourse nette ni même aucun enfoncement de la muqueuse. Dans deux cas, nouveau-né et fœtus de six mois, ayant isolé toute la partie à examiner avec la base du crâne adhérente, il fit encore des coupes sagittales. Il ne put découvrir qu'une simple dépression de la muqueuse, mais pas de bourse in-

dividualisée en arrière du tissu adénoïde, telle que l'avait décrite Luschka.

Chez l'adulte, dont il étudia vingt-trois têtes, Schwabach remarqua tout d'abord la grande diversité de configuration de l'amygdale pharyngée. Quant à la Bourse, l'auteur découvrit parfois une cavité limitée en général par un repli de la muqueuse, « mais ne formant jamais une véritable « bouche de bourse » ; dans d'autres cas, la fente médiane se terminait tout à fait à plat.

Et l'auteur de conclure :

— « Normalement, chez l'Homme, pas de Bourse pharyngée dans la région adénoïdienne comme l'avait décrit Luschka.

« Cet enfoncement de la muqueuse, d'ailleurs inconstant, correspond au point de convergence des fentes médiane et latérales rayonnées.

« Chez les adultes, les cavités sont des formations pathologiques, telle la Bourse de Luschka. Elle n'est pas l'expression de la configuration normale. »

Peu de temps après, Raugé, de Nice, venait appuyer les idées de Schwabach. A l'état normal la voûte donne, au pharyngoscope, une image qui ne correspond que rarement à la description de Tornwaldt, et le plus souvent on cherche en vain l'orifice à siège fixe, médian et unique : — « aucune dépression alvéolaire ne possède une constance de forme ou de position permettant d'y voir une cavité anatomiquement définie, une poche muqueuse susceptible de description ».

Dans ses recherches sur dix-sept cadavres, l'auteur n'a

vu « dans aucun cas une cavité qui puisse, par quelque « caractère, se différencier des autres cryptes de la « glande. » Chez tous les sujets, la voûte, après avoir été râclée avec un linge pour faire disparaître toutes les anfractuosités, se montre comme une surface parfaitement lisse et uniforme.

A la suite de ces constatations frappantes par leur caractère négatif, l'auteur ne pouvait que conclure :

« Il ne doit plus être question de Bourse pharyngée dans « aucune acception du terme. L'organe décrit par Luschka « ne répond à rien de réel. Le récessus médian est lui- « même loin de représenter une constante anatomique, et « n'a droit, de ce fait, ni à une description isolée, ni à une « pathologie distincte. »

La Bourse pharyngée n'existe pas : conclusion catégorique, peut-être excessive. Allait-il y avoir une réaction ? Elle ne parut pas se dessiner. Il semble que ce dernier auteur ait mis le point final à ces nombreuses discussions. Mais cinq ans plus tard, dans sa remarquable thèse, Escat s'intéressa de nouveau à la Bourse pharyngée.

Etudiant avec beaucoup de soin le squelette de la région, Escat décrivit minutieusement les dépressions que présente le tubercule pharyngien sur son versant antérieur. La fossette naviculaire, légère dépression de 1 à 3 mm. de profondeur, est à peu près constante, et quelquefois creusée en son centre d'une autre cavité, la fossette pharyngienne. Celle-ci, profonde, se rencontrerait surtout dans la race nègre, en particulier chez les populations australes. Ces deux fossettes donnent insertion au cul-de-sac du réces-

sus pharyngien médian qui, par sa face profonde, adhère solidement au périoste ; parfois, le cul-de-sac passe à droite et à gauche du tubercule, d'où un aspect bilobé. Escat ajoute que le récessus médian peut, parfois, être un peu latéral ; il explique d'ailleurs cette irrégularité :

— d'une part, l'ectopie ne s'applique qu'à l'orifice de la Bourse, celle-ci ne l'étant qu'en apparence ;

— d'autre part, l'orifice médian, étant masqué par du mucus, reste introuvable, tandis que l'on croit être sur le récessus médian, quand il ne s'agit que d'un reste de sillon latéral largement entr'ouvert.

A son avis, la Bourse pharyngée est une forme normale parfois revêtue par le récessus médian, une « manière d'être » :

« Ses variétés impriment seulement à la région un caractère individuel.

« La présence de la Bourse ne saurait être mise sur le compte d'un travail pathologique, pas plus que son absence. Les deux cas représentent les termes extrêmes des variations individuelles que peut subir la muqueuse. »

Après avoir parcouru la littérature à peu près complète sur ce sujet, on conviendra qu'il est fort difficile de se faire une opinion sur l'anatomie de la Bourse pharyngée. Il semble que bien des auteurs aient été malgré tout dirigés, dans leurs recherches et dans leurs conclusions, par une idée préconçue : faire triompher les théories de Luschka, ou les démolir.

Depuis quarante ans que ces luttes se sont apaisées,

personne n'a cherché à savoir qui avait raison. Testut, dans son *Traité d'Anatomie*, demandait à ce qu'on étudie la question, disant que si la Bourse pharyngée est inconstante, « ce n'est pas une raison suffisante pour la rejeter » et la rayer définitivement de nos descriptions anatomiques. »

Nous allons essayer ici, en toute impartialité, de conclure, d'abord à la réalité de cette Bourse pharyngée, et ensuite à l'importance de son rôle dans l'organisme.

Grâce à la grande amabilité de M. le Prof. Worms qui a bien voulu nous les confier, nous allons pouvoir donner les résultats de ses recherches anatomiques qui ont porté sur 15 enfants en bas âge et sur 32 adultes.

Voici la suite de ses observations sur le cadavre :

OBSERVATIONS DE M. LE PROFESSEUR WORMS

ENFANTS

PREMIER SUJET : fille, 18 mois.

Cavum : bien développé ; muqueuse spongieuse.

Voûte : tissu lymphoïde épais, qui comble toute l'ogive ; divisé par des sillons de 4 à 5 mm. de profondeur, disposés en éventail. Au sommet de l'éventail, point d'où partent tous les sillons, on ne constate aucune trace de glande.

2^e SUJET : fille, à terme.

Cavum : forme générale rectangulaire, à grand axe horizontal. Pas de tissu spongieux. Muqueuse lisse dans son ensemble.

Voûte : surbaissée, à direction horizontale dans le prolongement du bord libre du cornet moyen. Pas trace de tissu lymphoïde. Muqueuse lisse d'aspect. Le seul accident qu'on rencontre sur cette voûte est une dépression muqueuse en cul-de-sac à l'union des parois supérieure et postérieure. Tout autour, la muqueuse présente de petites empreintes concentriques. Une coupe macroscopique, passant au niveau du fond du cœcum médian, ne mène à aucun tissu glandulaire.

3^e SUJET : fille, à terme.

Cavum : forme rectangulaire à grand axe horizontal. Muqueuse lisse. Tissu lymphoïde peu développé.

Voûte : partagée en deux moitiés latérales par une crête mousse antéro-postérieure allant de la cloison, au foramen cœcum. Sillons nombreux, partant en éventail du foramen, mais à peine accentués sous forme de traits très fins.

4^e SUJET : fille, 14 mois.

Cavum : obstrué en grande partie par des adénoïdes.

Voûte : surbaissée. Occupée dans toute son étendue par une volumineuse masse adénoïdienne affectant une forme trapézoïde, et séparée nettement des parois latérales du cavum et du bord postérieur du vomer. En arrière, elle se continue sans ligne de démarcation aucune avec la paroi postérieure du pharynx. Elle présente des sillons antéro-postérieurs profonds de 7 à 8 mm., en éventail.

5^e SUJET : garçon, 1 mois.

Cavum : forme parallépipédique à grand axe horizontal. Obstrué en grande partie par des adénoïdes. Diamètre vertical presque nul en raison de leur présence.

Voûte : tous les détails identiques à ceux du 4^e sujet.

6° SUJET : garçon, mort-né.

Cavum : rectangulaire, avec voûte à courbe déjà accusée.

Voûte : série de plis muqueux disposés en éventail, du foramen aux choanes. Entre eux, sillons de 1 à 2 mm. de profondeur : les médians, antéro-postérieurs ; les plus postérieurs, transverses horizontaux ; les intermédiaires, obliques, vont se perdre dans les fossettes de Rosenmüller.

7° SUJET : fille, mort-née.

Cavum : normal.

Voûte : surbaissée. Sans végétations adénoïdes. Foramen placé à la limite postérieure et médiane de la voûte, duquel partent en éventail des sillons peu profonds.

8° sujet : garçon, 5 jours.

Cavum : sans tissu adénoïdien notable.

Voûte : surbaissée. Sillon médian terminé à sa partie postérieure par un orifice en cul-de-sac à l'union des parois supérieure et postérieure du pharynx. Pas d'orifice ou de canal quelconque au fond de cette dépression.

9° SUJET : garçon, à terme.

Cavum : sans tissu adénoïdien appréciable.

Voûte : surbaissée. Sillon médian se terminant en arrière par un orifice rond de 1 m/m. de diamètre, donnant accès à un cul-de-sac de 2 mm. de profondeur. De chaque côté du sillon, replis muqueux disposés en éventail à sommet postérieur correspondant à l'orifice. Celui-ci est limité en avant par un petit sillon transversal, et en arrière par la rencontre de deux replis muqueux. Dans toute l'étendue de la voûte, série de petites nodosités blanchâtres (follicules clos probables).

10^e SUJET : garçon, à terme.

Disposition analogue à celle des 8^e et 9^e sujets.

11^e SUJET : fille, 10 jours.

Voûte : normalement surbaissée. Sillon médian terminé en arrière par un orifice donnant accès à un cul-de-sac en forme de fente de 1 cm. de large sur 2 mm. de profondeur. Ici aussi, éventail de replis muqueux.

12^e SUJET : garçon, 1 an 5 mois.

Voûte : bien cintrée. Muqueuse assez lisse, non épaissie. Le sillon médian, antéro-postérieur, ressemble à une vulve, de 11 mm. de long, augmente de profondeur plus on se porte en arrière pour atteindre 4 à 5 mm. à l'extrémité, au foramen cœcum. Il n'est pas possible de découvrir, macroscopiquement, un infundibulum appréciable. Normalement, les deux lèvres de la fente sont accolées, mais peuvent s'écarter très facilement de quelques millimètres. De chaque côté, deux fentes symétriques diminuant de profondeur vers la partie postérieure. Pas de follicules clos visibles macroscopiquement.

13^e SUJET : fille, 6 mois.

Voûte : surbaissée par un bloc adénoïdien occupant toute la voûte et s'étendant jusqu'au fond des fossettes de Rosenmüller. Composé de bourrelets en éventail, séparés par des sillons peu profonds. Sillon médian un peu plus profond, mais interrompu à sa partie moyenne. A son extrémité postérieure, foramen cœcum de 2 mm. de profondeur au fond duquel on ne découvre aucun infundibulum.

14° SUJET : fille, 4 jours.

Voûte : surbaissée, sans adénoïdes. Muqueuse absolument lisse à un examen superficiel. Mais à un examen attentif, et surtout à la loupe, on voit une série de plis en éventail, convergeant vers le foramen cœcum à peine perceptible et n'ayant aucune profondeur mesurable.

15° SUJET : garçon, à terme.

Voûte : très surbaissée, véritable plan horizontal, parallèle à la voûte palatine. Plis en éventail suivant la figure classique, viennent se perdre dans les fossettes de Rosenmüller. Sillon médian plus profond aboutissant à un cul-de-sac postérieur de 1 à 2 mm.

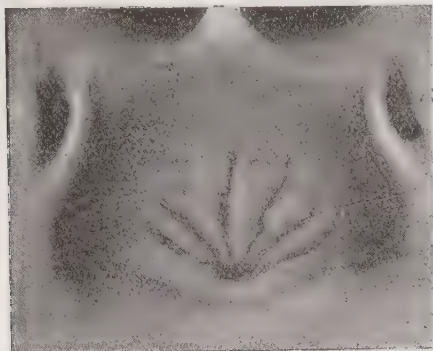


Fig. 1

Dessin dû à l'obligeance du Prof. Worms

— Nous constatons que, chez le tout petit enfant, le sillon médian est à peu près constant, pour si peu que le tissu adénoïdien soit apparent. Il se termine assez souvent en un cul-de-sac plus ou moins profond, le foramen cœcum. Mais pour la Bourse pharyngée il est bien difficile de conclure. Qu'allons-nous constater chez l'adulte ?

ADULTES

1^{er} SUJET : Homme 60 ans.

Cavum : bien développé.

Voûte : arrondie. Sans foramen cœcum ni relief d'aucune sorte. Muqueuse fine (1 mm.).

2^e SUJET : Homme, 70 ans.

Cavum : bien développé, mais à voûte surbaissée en avant, avec muqueuse d'épaisseur moyenne (2 mm.).

Voûte : pas de tubercule pharyngien appréciable. Amygdale atrophiée avec récessus médian et Bourse pharyngée multiloculaire. Tractus central fibro-muqueux avec, en haut, deux petites arcades à concavité inférieure.

3^e SUJET : Femme, 60 ans.

Cavum : petit, à voûte ogivale, avec muqueuse épaisse (2 à 4 mm.) et présentant des vestiges étendus de tissu adénoïdien. Voûte et paroi postérieure confondues, la voûte étant réduite à la rencontre du bord postérieur du vomer et de la paroi postérieure du pharynx. Pas de tubercule pharyngien appréciable. Muqueuse à 7 ou 8 stries verticales, sans récessus médian ni Bourse.

4^e SUJET : Homme, 50 ans.

Cavum : cintré, avec muqueuse très épaisse, d'aspect spongieux.

Voûte : pas de tubercule pharyngien ; muqueuse épaisse (7 mm.) et caverneuse, formant sur la ligne médiane une sorte de bourrelet décomposable en lamelles d'épaisseur variable, séparées par des sillons ou fossettes de 2 à 5 mm. de profondeur avec, au centre, une Bourse pharyngée de 6 mm.

5^e SUJET : Femme, 65 ans.

Cavum : cintré, avec muqueuse mince.

Voûte : nombreux piliers comparables à ceux du cœur, commençant à la voûte et se propageant sur la paroi postérieure à laquelle ils donnent l'aspect d'une éponge à larges vacuoles, en raison de la formation d'alvéoles plus ou moins profonds et communiquant entre eux. L'un d'eux, à ouverture plus large, occupe la situation de la Bourse pharyngée.

6^e SUJET : Femme, 65 ans.

Cavum : cintré, avec voûte au ras du vomer ; muqueuse mamelonnée sur la paroi postérieure.

Voûte : pas de tubercule pharyngien ; muqueuse fine dans les parties supéro-latérales, épaisse et mamelonnée à la partie postérieure. Recessus terminé par une Bourse pharyngée de 5 à 6 mm. de profondeur ; de chaque côté, 3 ou 4 sillons assez profonds avec cordages muqueux séparant les alvéoles.

7^e SUJET : Homme, 55 ans.

Cavum : cintré, légèrement surbaissé en avant. Muqueuse fine dans l'ensemble, à disposition aréolaire très accentuée au niveau de la voûte.

Voûte : pas de tubercule pharyngien. Amygdale avec Bourse pharyngée de 3 mm. de profondeur. Bourrelet médian vertical avec, au niveau de la voûte, deux récessus latéraux peu profonds, limités en dehors par deux replis qui viennent sur le milieu de la paroi postérieure.

8° SUJET : Homme, 55 ans.

Cavum : cintré, à muqueuse mince. Amygdale atrophiée.

Voûte : nombreux petits pertuis lui donnant un aspect criblé. Légère saillie du tubercule pharyngien.

9° SUJET : Femme, 50 ans.

Cavum : bien développé. Muqueuse mince sans vestiges appréciables de tissu adénoïdien.

Voûte : cintrée, à muqueuse fine, striée et ponctuée de petits orifices glandulaires.

10° SUJET : Homme, 70 ans.

Cavum : bien développé, muqueuse très épaisse (4 mm.) avec aspect caverneux surtout au niveau du bourrelet de la trompe.

Voûte : ogivale ; muqueuse épaisse sans striation, avec Bourse pharyngée assez développée (5 mm. de large sur 3 de profondeur).

11° SUJET : Femme, 50 ans.

Cavum : voûte surbaissée sur la ligne médiane.

Voûte : muqueuse extrêmement épaisse avec volumineux bourrelet médian. Récessus, et Bourse profonde. A sa droite, un kyste muqueux du volume d'une noisette, plein de mucus filant et qui a été intéressé par la coupe.

12° SUJET : Homme, 45 ans.

Cavum : bien cintré, muqueuse d'aspect spongieux.

Voûte : muqueuse très épaisse (7 mm.) Gros récessus médian anfractueux terminé par une Bourse de 8 à 10 mm. de profondeur. Replis latéraux volumineux limitant des sillons aussi profonds que le récessus, et aréolaires.

13° SUJET : Homme, 45 ans.

Cavum : bien développé, cintré. Muqueuse mince.

Voûte : la muqueuse forme des replis en éventail limitant une série de cavités. Bourse pharyngée de 6 mm. de profondeur. Au lieu d'un récessus, à signaler un très volumineux repli. Sur le milieu de la paroi postérieure et de la voûte, en relief, une sorte de pilier duquel se détachent en éventail, à la façon de branches, des replis gagnant les parois latérales et traversant les fossettes de Rosenmüller.

14° SUJET : Femme, 50 ans.

Cavum : normal, à muqueuse d'aspect spongieux.

Voûte : muqueuse épaisse (3 mm.). Récessus médian profond, terminé en arrière par une Bourse pharyngée profonde de 7 mm. Volumineux replis latéraux de consistance spongieuse limitant des sillons aussi profonds que le récessus médian.

15° SUJET : rappelle le 6°.

16° SUJET : Femme, 50 ans.

Cavum : bien cintré.

Voûte : muqueuse peu épaisse (2 mm.) relativement lisse. Récessus peu développé. Pas de Bourse appréciable. 2 ou 3 replis avec sillons peu profonds.

17° SUJET : rappelle le 2°.

18° SUJET : Femme, 45 ans.

Cavum : bien développé, cintré. Muqueuse mince.

Voûte : muqueuse fine. Récessus médian très développé à sa partie postérieure, mais très peu profond, et constitué par deux replis muqueux latéraux. Pas de Bourse différenciée. Replis muqueux minces déterminant des alvéoles peu profonds.

19° SUJET : rappelle le 11°.

20° SUJET : rappelle le 8°.

21° SUJET : Homme, 50 ans.

Cavum : à voûte cintrée. Muqueuse d'aspect spongieux.

Voûte : récessus médian au fond duquel se trouvent de nombreux orifices irréguliers, limité par deux bourrelets muqueux de chaque côté desquels se trouvent deux autres bourrelets aussi développés, en forme de cœur.

22° SUJET : Homme, 45 ans.

Cavum : à voûte cintrée, muqueuse un peu épaissie.

Voûte : sur la ligne médiane, une saillie mollasse de la grosseur d'un gros pois, à contenu muqueux (Kyste).

23° SUJET : Homme, 55 ans.

Cavum : à voûte ogivale ; muqueuse mince.

Voûte : parsemée de petits orifices aboutissant à de minuscules culs-de-sac. Sur la ligne médiane, un repli muqueux très accentué de 3 mm. de hauteur, avec, à sa base, de nombreux orifices de culs-de-sac muqueux.

24° SUJET : Homme, 70 ans.

Cavum : bien développé, à muqueuse épaisse.

Voûte : cintrée. Grande quantité de replis muqueux formant autant de logettes dont l'une, sur la ligne médiane, aboutit à un cul-de-sac profond de 10 à 15 mm.

25° SUJET : Homme, 55 ans.

Cavum : large, à muqueuse spongieuse.

Voûte : cintrée. Sur la ligne médiane, récessus profond de 5 mm. aboutissant en arrière à un cul-de-sac de 10 mm. De chaque côté, replis nombreux déterminant des logettes avec une quantité innombrable d'orifices.

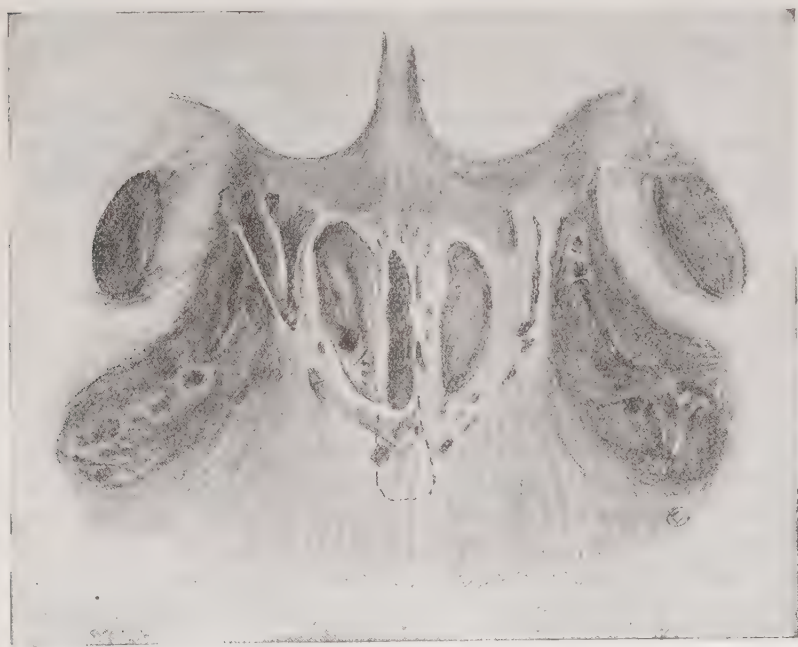


Fig. II

Dessin dû à l'obligeance du Prof. Worms

26° SUJET : Homme, 50 ans.

Cavum : petit, asymétrique par suite du comblement partiel de la fossette de Rosenmüller droite par du tissu cicatriciel. Muqueuse épaisse et spongieuse.

Voûte : affaissée, surtout à droite. Muqueuse avec plusieurs orifices aboutissant à de petits culs-de-sac.

27° SUJET : Femme, 55 ans.

Cavum : bien développé, mais un peu asymétrique en raison du comblement partiel des fossettes de Rosenmüller.

Voûte : cintrée. Muqueuse spongieuse. Récessus médian très profond (8 mm.) terminé par un cul-de-sac en nid de pigeon (7 à 8 mm.) ; dans son fond, de nombreux petits orifices rappellent l'aspect d'une éponge.

28° SUJET : rappelle le 24°.

29° SUJET : rappelle le 6°.

30° SUJET : Femme, 55 ans.

Cavum : bien développé. Muqueuse ayant certainement subi des altérations profondes, en raison : du comblement partiel des fossettes de Rosenmüller et du grand nombre de filaments, de cordages muqueux unissant la voûte avec le bourrelet postérieur des trompes.

Voûte : cintrée. Les cordages y forment des logettes inextricables. Schématiquement, on peut voir la trace d'un récessus médian très long et de 3 à 4 mm. de profondeur, les bords droit et gauche étant soudés au bourrelet postérieur des trompes correspondantes.

31° SUJET : rappelle le 27°.

32^e SUJET : Homme, 60 ans.

Cavum : bien développé, à muqueuse spongieuse.

Voûte : ogivale, réduite à une très petite surface ; les détails occupent donc surtout la paroi postérieure. Récessus médian très développé, triangulaire, à sommet inférieur où il s'enfonce à 3 ou 4 mm. Au fond, une petite fente de 2 mm. de profondeur. En avant, juste au niveau du bord postérieur du vomer, une autre petite fente. Ici et là, autres petites fentes parallèles aux deux lèvres du récessus médian.

— De l'étude de ces diverses voûtes pharyngiennes, M. le Prof. Worms a tiré les déductions suivantes : Chez l'adulte, la configuration de l'Amygdale pharyngienne offre la plus grande diversité. Mais, au milieu des différentes variétés, il est possible de décrire un certain nombre de types :

a) *le type infantile*. — Dans cette première variété, assez rare (7 sur 32) la muqueuse de l'amygdale présente une série de plis et de sillons en éventail, rappelant comme aspect les différents détails de l'enfance. Toutefois, il est exceptionnel de rencontrer cette image classique avec lobes et sillons aussi régulièrement dessinés que chez l'enfant. Presque toujours, les lobes paramédians sont bien en relief, le récessus médian bien net, terminé par une Bourse pharyngée de 5 à 6 millimètres de profondeur. Latéralement, les sillons sont plus étalés et présentent déjà (sinon à l'œil nu, du moins à la loupe) de petits ponts muqueux qui circonscrivent des aréoles plus ou moins régulières, marquant ainsi la tendance vers cette apparence alvéolaire,

caverneuse, que nous verrons s'affirmer dans un autre type.

b) *le type atrophique*, beaucoup plus rare (2 sur 32). La muqueuse de la voûte apparaît mince, lisse, sans relief, ni foramen cœcum, ni Bourse pharyngée, avec parfois quelques stries rappelant assez vaguement le type infantile, ou encore parsemée de petits orifices aboutissant à de minuscules culs-de-sac.

c) *le type hypertrophique*, variété beaucoup plus fréquente (9 sur 32). La muqueuse, épaissie, grâce à une infiltration plus ou moins considérable, atteint 7 à 8 mm. Le relief des replis normaux, qui entrent dans la constitution de l'amygdale, s'accentue.

L'hypertrophie porte surtout sur les deux bourrelets médians, de chaque côté desquels se soudent parfois deux autres aussi développés, donnant à l'amygdale un aspect qui rappelle assez la forme du cœur. Le récessus médian est dans la plupart des cas très développé, surtout à sa partie postérieure, et la Bourse pharyngée s'affirme avec une netteté plus grande que chez l'enfant. Encore faut-il s'entendre sur ce qu'il faut admettre par ce terme ; mais nous y reviendrons plus loin.

d) *le type aréolaire*, ou encore spongieux, caverneux, de beaucoup le plus fréquent chez l'adulte (14 sur 32) et qui résulte de la multiplication désordonnée et progressive de ces cloisons. Cet aspect se présente de la façon suivante : tantôt, on trouve sur l'étendue de l'amygdale des reliefs qui circonscrivent des espaces ayant à peu près tous les mêmes dimensions, et de contour sensiblement polygonal. On

dirait un véritable nid d'abeilles. Sur d'autres préparations, les altérations subies pendant la vie se marquent par la présence d'un grand nombre de filaments à bords tranchants plus ou moins soudés les uns aux autres, délimitant des logettes irrégulières au milieu desquelles on distingue à peine la trace d'un récessus médian de 3 à 4 mm. de profondeur et dont une partie est soudée au bourrelet postérieur de la trompe. Sur d'autres enfin, la voûte apparaît encombrée de nombreux reliefs, rappelant l'aspect des cordages du cœur ; ils se prolongent jusque sur le tiers supérieur de la paroi postérieure, d'où un aspect général d'éponge à larges vacuoles communiquant entre elles. L'une d'elles, à plus grande ouverture, occupe la situation de la Bourse pharyngée.

OBSERVATIONS PERSONNELLES

Nous-même, en recherchant la Bourse pharyngée sur le cadavre, avons apprécié personnellement la justesse de cette classification, et bien que nous n'ayons pu voir que six sujets, tous des adultes, nous avons eu le plaisir de retrouver trois types : aréolaire, infantile, atrophique. Nous avons aussi remarqué la particulière solidité de l'adhérence de la muqueuse à la base du crâne, et fait quelques autres constatations intéressantes.

Pour bien voir la voûte, nous avons d'abord procédé à

la désarticulation de la mâchoire inférieure, puis à l'excision du voile du palais. La tête étant en extension forcée, on a une vue directe et large sur tout le cavum.

1^{er} SUJET : Homme 75 ans.

Sur une vue d'ensemble de la voûte, on note la présence d'un sillon médian se terminant, à mi-distance, entre cloison et protubérance de l'atlas, en un cul-de-sac sans profondeur. Pas de Bourse pharyngée.

A gauche, un sillon latéral très net ; à droite, deux autres. Bien qu'ils convergent en arrière, ces sillons latéraux n'arrivent pas à se rejoindre. A la loupe, au milieu du sillon médian, à 1 cm. 5 en arrière de la cloison, apparaît un très petit orifice punctiforme, d'où la pression fait sortir un liquide blanchâtre, filant. Il donne accès à une cavité grosse comme un très petit pois, de 4 mm. de diamètre et dont le fond, basculé en arrière, adhère très fortement à la base du crâne.

2^e SUJET : Femme, 60 ans.

Voûte : très accidentée, avec très nombreuses cavités irrégulières de forme et de dimensions, mais conservant dans l'ensemble la disposition en éventail.

Pas de Bourse pharyngée.

3^e SUJET : Homme, 60 ans.

Celui-ci est extrêmement intéressant. Aspect assez particulier de la voûte : sur la ligne médiane, une petite tuméfaction blanchâtre, molle (sensation qu'il y a du liquide). On voit deux sillons : un large et long, antéro-postérieur, en virgule, à gauche ; un plus petit, en avant, reste probable du sillon médian.

En appuyant sur la tache, il sort un liquide blanchâtre par un orifice antérieur. A 1 cm. en arrière de la choane droite, autre surélévation, mais sans orifice. La dissection montre :

1° Au centre, une grande poche kystique oblongue, de 1 cm. 5 de long sur 8 mm. de large et 5 de profondeur. Le liquide enlevé, on aperçoit une plus forte dépression, concentrique avec la première, de 4 mm. de long, 3 mm. de large et 2 de profondeur. Cette seconde cavité est à peu près à égale distance de la cloison et de l'atlas, et il semble bien que l'on a ici, tapissées par la muqueuse, les fossettes naviculaire et pharyngienne si bien décrites par Escat. Donc, nous pouvons conclure à Bourse pharyngée au milieu du sillon médian, et la formation du kyste est parfaitement explicable par l'adhérence des bords de ce sillon (sauf tout à fait en avant).

2° L'incision de la poche de droite donne issue à un liquide épais. On a une cavité de la grosseur d'un pois, unique, à parois lisses, sans communication avec la précédente.

Les deux cavités ouvertes et le sillon de gauche montrent qu'il s'agit très vraisemblablement du sillon médian avec Bourse pharyngée, et des deux sillons latéraux. La mise à nu de l'os sous-jacent permet de découvrir un beau tubercule pharyngien avec son versant antérieur présentant nettement la fossette naviculaire, avec, en son centre, très légèrement marquée, la fossette pharyngienne.

4° SUJET : Homme, 80 ans.

Voûte : très ogivale, très lisse, avec un sillon médian long de 7 mm. A l'extrémité postérieure, trou punctiforme donnant accès à une petite cavité grosse comme une tête d'épingle, vide, sur une fossette naviculaire presque plate.

5^e SUJET : Homme, 50 ans.

Voûte : à surface irrégulière, mais ne présentant aucun orifice. Dépression en cupule sur la ligne médiane à mi-distance cloison-atlas. Derrière la choane droite, soulèvement blanchâtre ; c'est une poche kystique de 1 cm. de diamètre, peu profonde (2 mm.) sans orifice, mais cloisonnée, formée de sept à huit compartiments en communication. Pas de Bourse pharyngée ni de sillon visibles.

6^e SUJET : Femme de 70 ans.

Voûte : régulière avec un beau sillon médian, bien net, long de 1 cm. 5. A son extrémité postérieure, forte dépression étroite et profonde (5 mm.) La dissection montre qu'elle était surtout due à la grande épaisseur des insertions des muscles Grands Droits antérieurs sur le tubercule pharyngien.

— De ces nombreuses observations, il est permis, semble-t-il, de tirer les conclusions suivantes :

CONCLUSIONS

Nous croyons, avec M. le Prof. Worms, que la Bourse pharyngée est en effet très discutable en tant que poche telle que la décrivait Luschka, d'invagination totale de la muqueuse, formant entre le pharynx et le squelette, un cul-de-sac ampulliforme qui marque parfois son empreinte sur le squelette.

M. Worms n'a jamais rencontré pareille formation au cours de ses examens. La Bourse pharyngée lui est constamment apparue sous forme de dépression linéaire, punctiforme, due à l'adhérence de la muqueuse à la base du crâne, à l'extrémité postérieure du récessus médian. La profondeur de la Bourse est en général en rapport avec l'épaisseur des bourrelets médians. C'est dire que dans le type hypertrophique il n'est pas rare de rencontrer une Bourse ayant 10 à 15 mm. de profondeur.

De plus, intervient au cours de l'âge, un processus d'accolement des différents sillons entre eux. On peut surprendre cet accolement, au début, au niveau du récessus médian dont les berges sont unies par deux ou trois petits ponts muqueux filiformes. Il débute presque toujours à la partie antérieure du sillon médian, se poursuit vers l'arrière et arrive sur la Bourse. La coalescence n'est presque jamais complète au niveau de cette dernière et il est possible de retrouver un ou plusieurs orifices conduisant dans un diverticule sous-jacent. C'est sans doute cet aspect qui a fait croire à l'existence de la Bourse pharyngée primitive, alors qu'elle est secondaire à ce processus de soudure des parois. L'examen des pièces, appartenant à des sujets d'âge progressivement élevé, permet d'affirmer le caractère normal de ce processus, mais il nous paraît favorisé, accentué par l'inflammation chronique qui vient compliquer. Le même processus de soudure se poursuit au niveau des plis latéraux, et forme des pertuis variables de forme et de structure.

D'après M. Worms les sillons convergent tous vers une petite dépression située au milieu et en arrière, à l'extré-

mité postérieure du sillon médian : c'est la fossette médiane du récessus médian, profonde de 2 à 3 mm. Elle est attachée à l'apophyse basilaire par de forts faisceaux conjonctifs. Ce n'est point, comme le croyait Luschka, un reste du canal hypophysaire. Car les observations de Suchanek et d'Escat ont fait reconnaître ce canal, dans les cas où il existe, sur un plan bien antérieur, sur le corps du sphénoïde.

M. Worms n'a jamais trouvé chez l'enfant, de Bourse pharyngée véritable, mais six fois sur dix, à la place de l'orifice décrit par Luschka conduisant dans la Bourse, il a découvert un orifice de la dimension d'une tête d'épingle, et où le stylet ne pouvait pénétrer au-delà de 4 à 5 mm. au maximum. Ce qui, le plus souvent, donne l'aspect d'une véritable cavité, c'est la présence de bourrelet adénoïdien occupant la place de la fente médiane et tombant à pic sur la muqueuse. Sur la plupart des préparations, aucune fossette n'était décelable macroscopiquement.

En résumé, nous dirons que la Bourse pharyngée n'existe pas telle que Luschka l'a décrite. Toutefois, son existence ne saurait être mise en doute : La Bourse pharyngée répond à une réalité anatomique, bien qu'elle soit inconstante. Ce n'est autre chose qu'une forme du récessus médian, expression d'un type normal, puisqu'elle peut se voir chez l'enfant exempt de toute tare pathologique, et dans ces cas, rendue parfois plus évidente par la présence d'un bourrelet adénoïdien. Mais le plus souvent elle est le résultat de dispositions pathologiques en rapport avec le processus inflammatoire, lequel amène : soit l'extension, l'hypertrophie de la cavité jusque-là nor-

male ; soit la soudure plus ou moins complète des lèvres du récessus médian, d'où la formation d'une poche plus ou moins grande, unique ou cloisonnée, et parfois même d'une ou plusieurs poches kystiques. La Bourse représente donc, à notre avis, une *modalité du récessus médian*, celui-ci ne devant pas être considéré comme un reste fœtal du canal hypophysaire, mais comme une dépression de la muqueuse au niveau du tubercule pharyngien, résultant de l'adhérence de cette muqueuse à la corde dorsale embryonnaire.

PATHOLOGIE

La pathologie de la Bourse pharyngée ne fut étudiée qu'à la suite des travaux de Tornwaldt. Voulant mettre un peu d'ordre dans le chapitre des pharyngites chroniques, à son avis trop touffu, et ayant observé certains faits permettant de localiser quelques-unes de ces affections, Tornwaldt décrivit en 1885 la maladie qui porte son nom, et aussi les kystes de la Bourse pharyngée, beaucoup moins fréquents.

Ce seraient, d'après lui, les localisations secondaires d'une affection précédente de la voûte déjà guérie, mais qui aurait laissé un reliquat limité à la Bourse pharyngée.

Dans un but de contrôle, on s'exerça, en clinique, à bien regarder la région, et l'on put constater qu'il existait d'autres affections plus ou moins intéressantes, de cette même Bourse.

La « maladie de Tornwaldt » retiendra plus longtemps notre attention, puisqu'elle paraît être en quelque sorte la preuve la plus frappante de l'existence de la Bourse pharyngée. Notre étude comprendra d'abord un premier chapitre, traitant de l'inflammation de la Bourse, où nous

verrons le catarrhe, les kystes et les ulcérations ; puis un autre chapitre, consacré aux tumeurs ; et enfin dans le dernier, nous parlerons des rapports de la Bourse avec l'hypophyse.

CHAPITRE PREMIER

LES INFLAMMATIONS

Ici comme ailleurs, il faut distinguer l'état aigu et l'état chronique, comme toujours le second succédant au premier. La Bourse pharyngée faisant partie du cavum, il est évident que le catarrhe de l'un retentira sur l'autre, et réciproquement.

1° *Inflammations aiguës* . .

Le catarrhe aigu du cavum est souvent considéré comme inadmissible en raison de la rapidité avec laquelle il passe à la chronicité. Cependant il existe, et Paulsen, de Kiel, décrivait une muqueuse de la voûte : rouge, tuméfiée, avec des fossettes de Rosenmüller effacées. De petits bouchons jaunâtres sortant des cryptes de l'Amygdale pharyngée plus grosse qu'à l'ordinaire, lui donnent un aspect tacheté.

Mégevand constata, sur le cadavre, la forte hyperémie de la muqueuse de la voûte et une hypersécrétion vis-

queuse, transparente. D'après l'examen histologique, l'épithélium de la muqueuse disparaît en grande partie.

Dans les cas de catarrhe aigu, il est évident que la Bourse pharyngée participe à la réaction avec plus ou moins d'intensité.

2° Inflammations chroniques

Nous avons ici plusieurs cas à considérer.

Que se passe-t-il au cours du catarrhe chronique ?

La muqueuse de la voûte est recouverte le plus souvent d'une sécrétion muco-purulente plus ou moins filante, parfois purulente, rarement desséchée en croûtes. La Bourse elle-même est irrégulière, avec des parois sans épithélium ; elle est encombrée de débris épithéliaux ou de petites cellules rondes et donne une sécrétion franchement purulente. Il faut retenir que la muqueuse de toute la voûte est hyperémiée, parfois même sur les parties avoisinantes, et la paroi postérieure du pharynx est granuleuse. Les signes sont ceux de toute pharyngite chronique : gêne rétronasale, hémorragie, expulsion de sécrétions plus ou moins concrètes.

Ici encore, il s'agit d'un processus général étendu à toute la voûte, où la Bourse pharyngée est forcément atteinte au même titre que les autres points du cavum.

LA MALADIE DE TORNWALDT

Bien différente est la maladie de Tornwaldt, ou « hyper-sécrétion de la Bourse pharyngée ». Le tableau en est très net :

Il s'agit d'un malade se plaignant, essentiellement, de sécheresse de la gorge, avec douleur très particulière, continue mais peu intense, déterminant un impérieux besoin de « renâcler » ; il lui semble avoir « quelque chose là-haut, au fond de la gorge », qu'il essaie de décrocher par de fortes inspirations brusquées, parfois vainement, et quand il y réussit, se trouve aussitôt soulagé. Cette sensation, que Tornwaldt considère comme pathognomonique, atteint son maximum le matin, quelques instants après le réveil. Lorsque le malade arrive à expulser ce qui le gêne, c'est sous forme d'une masse jaunâtre visqueuse, parfois de croûtes muco-purulentes plus ou moins grisâtres.

A ces signes purement locaux, s'associent des troubles divers variant suivant les cas : d'abord des troubles de voisinage immédiat, et au premier rang desquels nous citerons la toux : toux pharyngée du matin ; toux réflexe, dite « gutturale » de Hack ; sans parler ni de la toux laryngo-trachéale due aux modifications des cordes vocales et de la région aryténoïdienne, ni de la toux dans l'asthme nasal. De toute façon, elle est souvent suivie de nausées ou de vomissements.

Les troubles les plus fréquents consistent en manifestations douloureuses ; quelquefois mal déterminées : sensation de constriction thoracique, par exemple ; d'autres fois, à siège très net : céphalée frontale très pénible, maxima à la racine du nez, et pouvant en imposer pour une sinusite, ou céphalée occipitale, seule ou associée à la précédente.

Enfin, il faut signaler, suivant les cas, des troubles de

l'audition, de la conjonctivite, des épistaxis, de l'anosmie, etc...

A l'examen de la gorge, sur un fond de pharyngite chronique granuleuse, on voit, d'après Tornwaldt, un aspect pathognomonique de l'affection. Au-dessous du voile du palais, une petite lunule de mucus jaunâtre, épais, dur, concreté, à bord inférieur convexe, uni ou donnant naissance à des traînées de mucus qui descendent plus ou moins loin sur la muqueuse.

A la rhinoscopie postérieure, on constate que le mucus remonte jusque sur la voûte, à une certaine distance du septum, sans jamais l'atteindre. De plus en plus épais, il forme dans son ensemble un triangle jaunâtre à base inférieure, plus ou moins déchiquetée, et à sommet supérieur sur la ligne médiane de la voûte, à peu près à mi-distance entre la cloison et la protubérance de l'atlas. Cette surface vernissée peut couvrir quelques centimètres carrés ; mais parfois il n'y a pas ce bel aspect caractéristique, la muqueuse est lisse partout, et il faut bien chercher pour découvrir un petit point jaunâtre ou une petite tache située à la place correspondant au sommet du triangle. Le mucus enlevé, quand il est abondant, il reste « un petit clou plus adhérent de muco-pus à l'orifice de la Bourse pharyngée, se prolongeant dans l'intérieur de la cavité ». En exerçant de légères pressions avec une sonde fine, Tornwaldt voit sourdre du pus en plus ou moins grande quantité.

En présence de tels faits aussi nettement observés, Tornwaldt pensa que la Bourse pharyngée était vraiment fautive et il dirigea les traitements contre elle. La théra-

peutique localisée fit merveille ; nombreux furent guéris les malades qui étaient affligés de ces maux désagréables depuis des années. Tornwaldt, après ces beaux résultats, affirma son hypothèse : « la Bourse pharyngée a une sécrétion propre », et il donna quatre preuves à l'appui :

1° On peut observer directement, par rhinoscopie postérieure, l'écoulement des sécrétions hors de la Bourse ;

2° Il y a suspension des sécrétions par des moyens thérapeutiques locaux à action limitée à la Bourse ;

3° Quand, pour une cause accidentelle, l'orifice de la cavité est obstrué, il y a aussi suspension de l'hypersécrétion ;

4° Quand l'incision d'un kyste de la Bourse vient à transformer la cavité en une poche ouverte et suppurante, on note l'apparition des signes propres à l'hypersécrétion de la Bourse.

Quelle thérapeutique Tornwaldt appliquait-il ? Les cautérisations de la Bourse au nitrate d'argent et au galvanocautère.

Sitôt paru, l'ouvrage de Tornwaldt fut très soutenu et très attaqué. Ce fut d'abord un concert de louanges : en Allemagne, en France, un peu partout des travaux viennent confirmer la nouvelle doctrine : Keimer, Broich, Tissier, Luc. De même à Genève, Mégevand pense que la pharyngite sacculaire est secondaire, et ceci le plus souvent au catarrhe chronique du cavum. Mais la différence essentielle, c'est que dans la maladie de Tornwaldt l'hyperémie de la muqueuse est bien localisée à la Bourse, tan-

dis que dans le catarrhe chronique proprement dit, les lésions de voisinage sont étendues : hyperémie diffuse de la voûte, paroi postérieure du pharynx granuleuse, fossettes de Rosenmüller remplies de muco-pus.

Au microscope, Mégevand constate la destruction plus ou moins complète de l'épithélium de la muqueuse. Les parois de la Bourse sont irrégulières ; elle est parfois cloisonnée et peut présenter une production kystique. Le plus souvent, elle contient des débris épithéliaux et des cellules de pus.

En résumé, Mégevand est très favorable à Tornwaldt. Puis, peu à peu, on attaque. Et nous avons vu, dans le précédent chapitre, que certains auteurs tels Raugé en sont arrivés à nier l'existence de la Bourse et, par conséquent, à nier la maladie de Tornwaldt.

Que pouvons-nous dire nous-même ?

En premier lieu, lorsque l'on considère la description des signes subjectifs, il semble que l'on ait affaire tout simplement à une pharyngite chronique. Rien n'attire l'attention sur la localisation de l'affection. Ce n'est, en effet, que par un examen minutieux de la voûte, le plus souvent, que l'on peut faire le diagnostic.

Sur 892 cas d'affections de l'arrière-cavité des fosses nasales, l'auteur eut 202 localisations à la Bourse pharyngée, dont 157 pharyngites sacculaires et 45 kystes. Nous n'avons malheureusement pas vu autant de malades et nos examens n'ont porté que sur 54 pharyngites. Or, nous n'avons pu voir qu'un seul cas qui puisse être étiqueté : maladie de Tornwaldt. Voici son observation :

— J. H., 25 ans. Se plaint de céphalée frontale, intermittente et, parfois aussi, de douleurs à la nuque. Il a constamment la sensation de « lourdeur des globes oculaires ». Cet état dure depuis 7 ou 8 ans ; il vient consulter croyant avoir une sinusite.

Le matin, dès le réveil, il a la sensation d'avoir quelque chose dans l'arrière-nez qui ne peut se détacher. Il renifle, râcle, ce qui entraîne souvent des vomissements, puis arrive à cracher des mucosités jaunâtres, épaisses. Coryzas fréquents, augmentant les phénomènes.

A l'âge de 8 ans, il a été opéré des amygdales et des végétations.

L'examen nasal et pharyngien est négatif ; aucune trace de sinusite.

Rhinoscopie postérieure et salpingoscopie montrent qu'il existe sur la voûte une muqueuse tuméfiée, légèrement rouge, présentant un sillon médian qui, à son extrémité postérieure, est beaucoup plus profond. A ce niveau, on remarque, nettement localisées, des mucosités transparentes qui ont tendance à descendre sur la paroi postérieure du pharynx.

— Un autre cas est intéressant en ce sens qu'il établit la différence, du point de vue des croûtes, entre la maladie de Tornwaldt et les rhinites atrophiques :

— Jeune homme de 23 ans, ayant une rhinite atrophique. Voûte tapissée de croûtes sans odeur. Mais : il y a des croûtes partout ; tandis que Tornwaldt insiste sur le fait que dans sa maladie les sécrétions respectent tou-

jours un intervalle libre entre l'orifice de la Bourse et le bord supérieur des choanes.

A part les deux cas précédents où la discussion présente quelque intérêt, les 52 autres ne sont que des pharyngites diffuses communes. Mais nous avons examiné de plus près les voûtes de ces pharynx pour essayer de déterminer dans quelles proportions on trouvait, cliniquement visible chez l'adulte, la Bourse pharyngée. Nous avons pu noter de cette façon :

— Chez 41 sujets : muqueuse rouge, tuméfiée sur tout le cavum, recouverte d'un enduit muco-purulent avec quelques croûtes disséminées ;

27 présentent un sillon médian plus ou moins profond, dont 2 avec du pus qui sourd à l'extrémité postérieure. Chez plusieurs sujets, petits kystes disséminés ;

Sur une voûte : un petit sillon médian, un grand latéral ;

Une autre est criblée d'une multitude d'orifices suintants disposés en couronne autour d'une élévation centrale, blanchâtre, nolle, cernée de rouge : il s'agit bien, ici, d'un kyste de la Bourse, dont nous parlerons dans le prochain chapitre.

Ces 41 malades, atteints de pharyngite chronique hypertrophique, avaient évidemment des lésions de voisinage : rhinite, catarrhe tubaire, sinusite, etc...

— Chez 10 autres sujets, on remarque seulement l'absence de sillons sur une voûte lisse, rouge, recouverte de mucus transparent.

— Enfin, un dernier malade présentait quelques croûtes sans ordre sur une muqueuse pâle et lisse, de la voûte et de la paroi postérieure.

En définitive, sur 54 sujets, on est en droit de présumer de l'existence de la Bourse chez 4 d'entre eux.

LES KYSTES DE LA BOURSE PHARYNGÉE

Nous serons assez brefs sur la question des kystes, d'une part à cause de leur rareté, d'autre part en raison des signes identiques à ceux de la pharyngite sacculaire, et que nous avons déjà vus.

A ces derniers, nous ajouterons le timbre de voix spécial ; et il faut insister sur la persistance particulière des douleurs occipitales et frontales, rappelant souvent le syndrome douloureux des sinusites postérieures. Celui-ci cède d'ailleurs après ouverture de la poche kystique, ce qui permet à la fois de soulager le malade, de préciser le diagnostic et de porter un pronostic des plus bénins.

Parmi les 892 malades observés par Tornwaldt, on ne relève que 45 cas de kystes. Nous-même n'en avons eu qu'un seul. Mais comment porter le diagnostic de ces kystes ?

Essentiellement sur l'examen pharyngoscopique qui montre, comme Tornwaldt l'a fort judicieusement décrit : une tuméfaction blanchâtre ou rouge, au point culminant à mi-distance entre septum nasal et protubérance atloïdienne. C'est une élévation de la grosseur d'une petite noisette à une noix et qui peut parfois occuper une grande partie du cavum, le déformant plus ou moins ; c'est ce qui explique les modifications du timbre de la voix, la résonnance naturelle du cavum étant perturbée.

Nous avons dit que les kystes de la Bourse sont rares.

Cependant, n'y a-t-il pas fréquemment des kystes sur la voûte pharyngée ? Certainement ; mais la plupart proviennent de l'occlusion de sillons ou de canaux excréteurs de glandes mucipares, comme nous les avons rencontrés assez souvent sur le cadavre. Et Tornwaldt ne voit, comme étant de la Bourse pharyngée, que les kystes situés sur la ligne médiane ou tout près d'elle. Ils sont uniques et volumineux, autant de caractères opposables à ceux des autres kystes.

Ils se forment par un mécanisme premier très simple : l'oblitération de l'orifice de la Bourse par le processus inflammatoire ; le mucus s'accumule, entraînant une ectasie proportionnelle de la partie profonde. C'est donc un kyste par rétention, théorie classique. Mais d'après des recherches relativement récentes (Lelièvre et Retterer, 1911), portant sur les kystes de l'Amygdale pharyngée, un autre mécanisme est à invoquer.

L'inflammation déterminerait un processus hyperplasique des cellules épithéliales ; d'où hypertrophie des parois de la Bourse aboutissant à un véritable kyste par prolifération. Suivrait alors un travail d'involution entraînant l'atrophie de l'épithélium et la formation d'une masse fluide, semblable à de la bouillie grumeleuse jaunâtre, contenant des débris épithéliaux, des leucocytes, etc...

Par conséquent, le kyste de la Bourse, suite de catarrhe chronique du cavum ou de l'hypersécrétion de la Bourse, sera causé : par l'oblitération première du conduit par le processus inflammatoire, surtout si l'orifice est étroit ; ce sera un kyste par rétention. Ou bien, l'hypergénèse des cellules, en même temps que la dégénérescence graisseuse

ou muqueuse et la formation de produits de désagrégation, en feront d'abord un kyste par prolifération, lequel se terminera sous forme de kyste par rétention.

Le plus souvent, on ne trouve pas d'orifice, puisqu'il est oblitéré. Mais, dit Tornwaldt, on peut rencontrer les deux, kyste et orifice, si la Bourse est cloisonnée : un compartiment formant le kyste, l'autre communiquant toujours avec l'extérieur.

Voici deux observations de kystes :

PREMIÈRE OBSERVATION, DE M. LE PROF. WORMS.

B... J., 21 ans, accuse une insuffisance respiratoire nasale marquée depuis plusieurs années ; mais n'a jamais fait l'objet d'un examen rhinologique.

Facies anguleux, léger prognathisme et défaut d'expansion des massifs maxillaires supérieurs, réalisant le type adénoïdien.

Fosses nasales libres, quoique étroites, légère déviation sigmoïde de la cloison avec crête inférieure gauche.

A la rhinoscopie postérieure, on note une masse régulière, lisse des dimensions d'un œuf de poule, emplissant incomplètement le cavum et siégeant exactement sur la ligne médiane. La muqueuse qui la recouvre présente un aspect blanc grisâtre avec varicosités à sa surface — au toucher, donne une sensation de rénitence et ne saigne pas.

Une ponction au trocart courbe retire un liquide visqueux.

A l'aide de l'adénotome à paniers, on ramène du tissu adénoïde et des débris de coque kystique contenant des grumeaux blanc jaunâtre.

L'examen histologique a montré que cette paroi était consti-

tuée par du tissu fibreux infiltré de nombreux polynucléaires ; absence d'assise cellulaire nette à sa surface interne — mais débris épithéliaux et nombreux amas lymphoïdes à son contact.

2° OBSERVATION PERSONNELLE :

M. P., 26 ans,* vient consulter pour gêne rétro-nasale et surtout pour céphalée occipitale survenant le matin, depuis environ 2 mois.

L'examen, à la rhinoscopie postérieure montre, au centre de la voûte, une élevure blanchâtre, grosse comme un pois, à centre très blanc, presque transparent ; elle est cernée de rouge à la périphérie ; tout autour, en couronne, une multitude d'orifices suintants.

Pour mieux vérifier les détails, le salpingoscope est introduit et confirme l'image précédente. Mais, par suite des mouvements intempestifs du malade, l'instrument ayant heurté la voûte, on est tout étonné de constater que la poche est ouverte, au centre, au point qui paraissait culminant et plus particulièrement blanc. Un liquide blanchâtre s'écoule. Après désinfection du cavum et cautérisation de la poche au nitrate d'argent, le malade est revenu 2 jours après, déclarant que la céphalée avait disparu.

Il ne nous reste plus qu'à dire un mot des kystes rathkiens que l'on a trop souvent tendance à confondre avec les précédents. Cependant, ils n'ont rien de commun, ni comme étiologie, ni comme situation. Nous avons vu, dans le chapitre de l'Embryologie, la formation du croissant hypophysaire dérivant de la poche de Rathke. Quelques cellules de ce croissant embryonnaire peuvent rester inemployées et délimiter ainsi une fente virtuelle. Or, pour une cause inconnue, il arrive parfois que ces cel-

lules glandulaires, en quelque sorte endormies jusque-là, se mettent à sécréter, déversant leur produit dans la fente. Celle-ci grandit, devient une poche qui, pour se faire de la place, comprime l'hypophyse et détermine des désordres plus ou moins considérables. C'est bien un kyste, puisque la poche a une paroi propre constituée par les cellules dérivant du croissant hypophysaire, donc des cellules d'origine pharyngée ; mais ce kyste n'est plus pharyngien, n'appartient plus à la voûte : il est situé dans la selle turcique et par conséquent n'a rien à voir avec les kystes de la Bourse pharyngée.

LES ULCÉRATIONS DE LA BOURSE

Le catarrhe chronique peut encore laisser d'autres traces au niveau de la Bourse pharyngée : des ulcérations. Celles-ci sont d'ailleurs très peu fréquentes, et d'autant moins que les ulcérations sur la voûte sont très rares. Suivant certains auteurs, elles ne seraient même jamais isolées, d'autres ulcérations existant toujours sur le voile et les piliers.

Nous n'en avons pas encore observé, mais elles ont été signalées notamment par Bresgen, Storck, qui d'ailleurs les considéraient toutes comme de nature syphilitique, et par Wendt, Mégevand, qui pensent en outre à la tuberculose et enfin à l'inflammation chronique de longue durée.

Dans ce dernier cas, l'ulcération, sur une muqueuse fortement hyperémieée, n'est jamais profonde ; parfois, c'est une simple érosion. De forme très variable, arrondie, ovulaire, allongée, elle peut léser la muqueuse sur une

grande étendue. L'enduit qui la recouvre étant enlevé, on voit ses bords, sinueux mais nets, et son fond dépoli. Quand elle atteint la Bourse, celle-ci, remplie d'une matière purulente, présente une cavité agrandie, des parois irrégulières et des bords déchiquetés. Le microscope révèle des altérations limitées à la Bourse ou autour d'elle : épithélium disparu, tissu adénoïdien très vascularisé et particulièrement développé autour de l'ulcération.

En résumé, il s'agit bien d'une lésion purement locale, conséquence directe du catarrhe chronique.

Mais le diagnostic est-il aussi facile ?

Quelquefois, l'aspect érosif et le pourtour inflammatoire pourraient en imposer pour une lésion syphilitique. Mais il y aurait d'autres ulcérations, et d'autres signes de spécificité :

— soit secondaire, avec surtout les adénopathies sous-maxillaires, cervicales et occipitales ;

— soit tertiaire, et l'ulcération aurait des bords taillés à pic sur un fond bourbillonneux, et surtout elle aurait tendance à l'extension.

On pourrait peut-être aussi la confondre avec l'ulcération tuberculeuse du lupus localisé à la voûte. Mais cette ulcération, irrégulière, a des contours imprécis ; non pas cernée de rouge comme dans l'ulcération simple, elle est au contraire bordée par une muqueuse livide et des granulations. Aspect vraiment bien différent, et qui nous ferait aussitôt rechercher le lupus de la face ou de la muqueuse nasale puisque nous savons que le lupus du pharynx n'est jamais primitif.

CHAPITRE II

TUMEURS : LES CHORDOMES

Il est hors de notre sujet de traiter des tumeurs de la voûte pharyngée. Mais, après ce qui a été dit sur l'embryologie de cette région et en raison de la situation de la Bourse pharyngée, nous devons nous arrêter quelques instants sur une certaine variété de tumeurs : les chordomes du naso-pharynx.

C'est Virchow qui, en 1846, vit le premier chordome et le considéra comme une tumeur cartilagineuse. En 1858, Müller en rattacha l'origine à la corde dorsale. Dans l'étude des chordomes on relève les noms de Klebs, Ribbert, Grahl (1903). Depuis, plus près de nous, plusieurs auteurs ont publié des cas intéressants sur ce sujet.

On appelle chordome une tumeur embryonnaire qui se développe aux dépens de restes de la notochorde et dont la caractéristique histologique est la cellule physalifère : grande cellule polygonale avec grosse vacuole et noyau vivement coloré, poussé vers la périphérie. Souvent

dépourvues d'exoplasme, ces cellules constituent un syncytium.

Nous avons déjà vu que chez l'Embryon la chorde céphalique passe : en avant, sous la muqueuse pharyngienne, et en arrière, superficiellement, au-dessous de la dure-mère. Or, Tourneux et Linck ont signalé l'existence de saillies de la notochorde qui persistaient malgré l'ossification : « Le processus de régression de la chorde ayant « été arrêté par des troubles endogènes embryonnaires, « ce qui explique les restes anormaux ou pathologiques « de la chorde » (Ripert, 1931). Il est donc très simple de comprendre que des restes de la chorde céphalique se voient parfois, extra-osseux, au niveau des parties molles de la voûte pharyngienne, et que pour une cause inconnue ces cellules embryonnaires se mettent un jour à proliférer, « ayant conservé leur potentiel formatif du début ».

Nous savons qu'il y a des chordomes caudaux, vertébraux et céphaliques. C'est dans la troisième catégorie que rentrent les nôtres.

Les chordomes céphaliques, qui sont rares, comprennent trois groupes :

— les clivaux, siégeant dans la synchondrose sphéno-occipitale et qui traversent la dure-mère ;

— les hypophysaires, restant le plus souvent intracrâniens ;

— et les naso-pharyngiens.

Seuls, ces derniers retiendront notre attention. Coenen, dans sa classification de 1925, en étudie trois sortes : secondaires, doubles, primitifs.

Les secondaires dérivent des chordomes clivaux, toujours malins dans ce cas, puisqu'ils perforent la base du crâne pour envahir cavum, fosses nasales et face. Le tableau clinique réunit alors les signes de tumeur cérébrale de la base et ceux de tumeur naso-pharyngienne, les uns ou les autres prédominants.

La dénomination « doubles » de certains chordomes est basée sur le cas publié par Linck admettant que la tumeur était en bouton de manchette, formée de deux moitiés :

- l'une intracrânienne, chordome clival, dérivant du tiers sus-basilaire de la chorde céphalique (et donnant les signes de tumeur cérébrale) ;

- l'autre pharyngienne, dérivant de la portion sous-basilaire (et qui détermine les signes de tumeur du naso-pharynx) ;

- les deux autres étant réunies par un pont néoplasique à travers le clivus.

Enfin, les chordomes primitifs prennent naissance dans le naso-pharynx même. Ce sont des faits extrêmement rares, et malgré tout l'intérêt que présentent les sept cas publiés par Linck, Hellmann, Moller, Grossmann, Hirsch, Pavlica, Klotz, celui d'Argaud et Clermont (1928) reste le plus probant, le plus nettement établi. Car, la tumeur une fois abrasée, l'apophyse basilaire est apparue intacte, lisse, sans la moindre érosion.

Pour nous, ce cas présente encore plus d'intérêt car « cette tumeur, disent les auteurs, soulevait la muqueuse « pharyngienne au niveau de la poche de Luschka ». D'autre part, le microscope montre que la muqueuse, à la surface de la tumeur, « a un épithélium dessinant une

« invagination identique à celle de la poche de Luschka ».

De plus, la structure de la tumeur établit très nettement son origine : « même disposition histo-topographique par rapport à l'épithélium naso-pharyngien ; même hétéromorphisme cellulaire ; même hétérométrie nucléaire que dans les modalités cytologiques de la corde pharyngienne chez le fœtus humain. C'est dire qu'ici les cellules chordales ont conservé la situation relative, leur forme primitive, leur forme fœtale du début. »

Tous ces faits ne constituent-ils pas l'argument le plus frappant en faveur de la théorie faisant de la Bourse pharyngée le résultat d'une ombilication de la muqueuse, au niveau où la corde céphalique adhère à l'ectoderme de la cavité buccale, chez l'Embryon ?

CHAPITRE III

RELATIONS DE LA BOURSE PHARYNGÉE AVEC L'HYPOPHYSE

La question des relations de la Bourse pharyngée avec l'Hypophyse fait partie intégrante de celle, si brillamment étudiée par l'école italienne, des relations du rhino-pharynx avec la glande pituitaire.

En 1909, Citelli énonça une nouvelle doctrine : « les maladies les plus diverses de la voûte pharyngée peuvent causer des altérations de l'Hypophyse pharyngée et de l'Hypophyse centrale. »

Y aurait-il donc des relations entre cette voûte et le système hypophysaire ? Civalleri avait déjà signalé que vaisseaux sanguins et rameaux nerveux de l'Amygdale pharyngienne avaient des rapports plus ou moins intimes avec l'Hypophyse pharyngée, mais non constants. Citelli, montra, au contraire, que des rapports circulatoires étroits existent entre l'Hypophyse pharyngée et la

muqueuse de la voûte, d'autant plus étendus que l'Amygdale pharyngée est développée. D'autre part, chez l'enfant, il y a des rapports circulatoires non moins importants entre voûte et Hypophyse pharyngée, d'un côté, et Hypophyse centrale de l'autre ; ceux-ci par l'intermédiaire du réseau vasculaire du basi-sphénoïde.

Un peu plus tard, ce qui vient confirmer les précédentes données, Citelli trouve que ces rapports sont encore augmentés quand persiste le canal cranio-pharyngien. Ceci est d'autant plus logique que nous savons l'Hypophyse pharyngée de même origine que l'adéno-Hypophyse, et située à l'ouverture exocranienne de ce canal, c'est-à-dire juste en arrière de l'articulation sphéno-vomérienne.

Organe constant, sorte de petit cordon qui s'étale entre muqueuse et périoste, l'Hypophyse pharyngée ne subit pas d'involution après la naissance, mais au contraire une différenciation de ses éléments. Comme l'Hypophyse centrale, elle a une structure alvéolaire et possède des cellules chromophiles et chromophobes, les premières en bien moins grande proportion que dans la glande cérébrale.

Citelli appuie sa théorie sur des bases solides : faits cliniques et expériences. Les végétations adénoïdes déterminent une augmentation évidente des éosinophiles dans l'Hypophyse centrale. Il cite le cas où, à l'occasion d'une tumeur du rhino-pharynx sans invasion de la selle turcique, Basile trouva de notables altérations cellulaires de l'Hypophyse centrale. En 1911, Citelli décrivit son syndrome psychique atteignant de nombreux adénoïdiens, et pouvant se voir « chez des malades qui présentent des « tumeurs ou lésions gommeuses du pharynx nasal et des

sinus sphénoïdaux. » Il s'agit toujours de dysfonction hypophysaire.

Les multiples expériences de Citelli, sur des lapins, des chats, des chiens, furent des plus concluantes : des cautérisations sur la partie rolle du palais déterminèrent de notables altérations histologiques de l'Hypophyse centrale ; « Congestion avec gonflement trouble des éléments cellulaires, que suit une élévation numérique des chromophobes et éosinophiles. » Ces réactions seraient des phénomènes réflexes vaso-moteurs ; par suite des communications vasculaires directes, l'irritation, qui prend naissance sur la muqueuse pharyngienne, va se réfléchir sur les vaisseaux de la selle turcique. D'où, congestion de la glande pouvant modifier son fonctionnement.

Citelli avait aussi entrevu la possibilité de rapports vicariants entre les deux Hypophyses. Cette hypothèse fut d'abord admise par plusieurs auteurs ; mais on n'a pu affirmer l'existence d'une hypertrophie vicariante de l'Hypophyse pharyngée lorsqu'il y a dégénérescence de la glande centrale, et cette hypothèse non démontrée fut abandonnée.

Celle de Poppi subit le même sort. D'après lui, ce serait l'altération embryonnaire de l'Hypophyse centrale qui serait la cause des végétations adénoïdes et du lymphatisme. Il part de cette idée qu'un retard de l'oblitération du canal cranio-pharyngien entraîne d'abord des modifications dans l'union des deux lobes de l'Hypophyse centrale ; puis, comme il y a persistance du canal, des vaisseaux sanguins établissent « des connexions vasculaires

« anormales entre selle turcique et rhino-pharynx. » De ce fait, l'ablation des végétations, par exemple, cause leur interruption, d'où découlent les heureuses modifications de l'organisme.

Mais, comme le fait remarquer Citelli — et des discussions très vivés opposèrent les deux auteurs — Poppi n'appuie sa doctrine sur aucune base scientifiquement exacte. D'ailleurs, les faits, chaque jour, ne viennent-ils pas donner raison à Citelli ?

D'après ces données, il est évident que toute irritation prolongée de la voûte pharyngienne peut entraîner une réaction hypophysaire. Le catarrhe chronique, même en l'absence de végétations adénoïdes, sera capable à lui seul de retentir sur le système hypophysaire ; les affections de la Bourse pharyngienne risqueront aussi de le léser. En présence de ces derniers cas, surtout quand ils évolueront depuis longtemps, nous devons rechercher systématiquement des signes d'un syndrome de Citelli, complet ou morcelé, souvent fruste, afin de pouvoir associer une cure hypophysaire à celle de la maladie causale.

TRAITEMENT

A chacune des affections de la Bourse pharyngée s'applique un traitement différent. Cependant, dans tous les cas où il faudra faire intervenir la désinfection du cavum, en particulier : préparation pré-opératoire du foyer infecté, la méthode sera la même, afin d'assurer la meilleure prophylaxie et de prévenir aussi un grand nombre de complications infectieuses, locales et générales, et de réduire au minimum les risques de contagion.

Il est évident que, en raison même des multiples anfractuosités de la voûte pharyngée et en raison de sa situation difficilement accessible, le seul traitement rationnel réside dans l'intervention directe sur la muqueuse même.

Quel est donc le meilleur mode de désinfection du cavum ?

On peut faire des badigeonnages avec un porte-coton, constitué par une tige souple et fine à laquelle on donne la courbure nécessaire suivant le sujet ; et l'on porte *in situ* des liquides non irritants à base d'huiles ou d'argent colloïdal.

La douche nasale doit être proscrite, pour double raison : d'une part, elle n'atteint pas la voûte ; d'autre part, elle est dangereuse car elle est souvent un facteur d'acci-

dents graves : otites, sinusites. M. le Prof. Worms a tourné la difficulté d'une manière très ingénieuse, et ce procédé, appliqué dans l'armée, a donné des résultats remarquables : « Nous recommandons l'emploi d'un tube « de caoutchouc, souple épousant la courbure de la filière « nasale (tube à diastolisation ordinaire du type Gauthier, « tout préparé) et dont l'extrémité distale a été percée de « quelques trous sur son bord convexe. On enfonce ce « tube par l'une des deux narines en suivant le plancher « des fosses-nasales jusqu'à ce que l'extrémité perforée « affleure au niveau du cavum. Adapter à l'extrémité proximale l'en-bout d'un énéma ordinaire ou du tube de « caoutchouc d'un bock laveur ordinaire, contenant la « solution destinée au douchage de l'arrière-nez. Prendre « la précaution de faire incliner en avant la tête du « malade, bouche ouverte, et surtout d'envoyer l'eau sous « très faible pression. »

A notre avis, c'est, de tous les procédés, la « rétro-nasale » qui nous paraît la plus pratique et surtout la plus efficace, que ce soit en douche ou en pulvérisations. Nous voyons depuis bien longtemps pratiquer par notre père la douche rétro-nasale au moyen de la canule de Vacher, et bien qu'elle soit assez pénible au début, beaucoup de malades l'exécutent très bien par la suite, et elle donne de très bons résultats.

Mais la pulvérisation rétro-nasale a, sur la douche, l'avantage d'être moins désagréable et d'atteindre toutes les anfractuosités, avantage bien supérieur pour la Bourse pharyngée quand elle est très profonde et pourvue d'un petit orifice.

Comme le fait justement remarquer M. Worms, il est bon de varier la substance modificatrice du liquide à pulvériser.

Considérons maintenant la conduite à tenir dans chaque cas particulier d'atteinte de la Bourse pharyngée.

MALADIE DE TORNWALDT

Autrefois, on pratiquait des cautérisations avec du nitrate d'argent au dixième, et quand la tolérance était complète, on touchait au galvano-cautère à pointe recourbée.

Actuellement, le meilleur procédé médical paraît bien être la douche ou la pulvérisation rétro-nasale, et cette affection bénéficiera tout particulièrement de cures thermales sulfureuses.

Mais, dans une telle maladie, essentiellement diverticulaire, il s'agit d'ouvrir un champ d'attaque le plus large possible au traitement. Rien ne vaut donc l'action de la curette qui, enlevant les adénoïdes qui peuvent encore exister, débridera tous les culs-de-sac que le simple liquide injecté ne pourrait atteindre.

KYSTES

On les traitait aussi par le galvano-cautère qui ouvrait la poche. On lui préfère aujourd'hui l'ablation au moyen d'un coup de curette. On se sert de l'adénotome et l'on procède comme pour l'ablation des végétations adénoïdes. Une anesthésie préalable au chlorure d'éthyle peut être

faite, mais le mieux est encore le badigeonnage du cavum avec le liquide de Bonain, ou l'insufflation rétro-vélique de poudre de cocaïne.

ULCÉRATIONS

Aux cautérisations, on préférera l'application de topiques, tels le Bleu de Méthylène.

CHORDOMES

Nous ne parlerons pas des chordomes bénins, souvent méconnus, et qui sont des trouvailles d'autopsie. Seuls nous occuperont les chordomes malins. La biopsie ayant révélé la nature de la tumeur, on décidera son ablation dans tous les cas où elle sera possible. Si la radiographie a montré qu'il y a des prolongements dans une ou plusieurs cavités (fosses-nasales, sinus) la meilleure opération consistera dans la rhinotomie para-latéro-nasale. Mais la guérison de ces tumeurs n'est qu'apparente, semble-t-il. On a vu le plus souvent la récurrence sur place, mais les métastases sont rares. Il faut opérer le plus tôt possible, et dans certains cas inopérables faire de la radiothérapie qui réduit le volume de ces tumeurs.

CONCLUSIONS

1° La Bourse pharyngée n'existe pas telle que Luschka l'a décrite. Mais, bien qu'elle soit inconstante, elle constitue une réalité anatomique.

2° La Maladie de Tornwaldt, comme son auteur l'a décrite, est relativement rare en tant que localisation inflammatoire isolée. Mais la Bourse pharyngée participe fréquemment à l'adénoïdite épipharyngée et constitue une cause de chronicité de l'infection. Elle intervient comme foyer infectieux au même titre que les diverticules ou récessus résultant, chez l'adulte, de l'atrophie du tissu adénoïdien chroniquement enflammé et de la formation de brides par remaniement inflammatoire de la région. C'est ce qui explique que les signes de la maladie de Tornwaldt se confondent le plus souvent avec la symptomatologie de la pharyngite chronique.

3° Une éventualité plus fréquente est l'existence de kystes paraissant résulter de l'oblitération de la Bourse, dès lors isolée du pharynx.

De dimensions variables, ils peuvent prendre un volume tel qu'ils combleraient l'épipharynx et constituent une cause importante d'obstruction nasale.

Ils sont parfois confondus avec des fibromes et des fibromyxomes du rhino-pharynx.

4° La Bourse pharyngée peut être le point d'apparition d'une forme particulière de tumeurs connues sous le nom de chordomes. De pathogénie encore discutée, ces tumeurs intéressent la Bourse pharyngée soit primitivement, soit secondairement, et peuvent montrer tous les degrés de malignité.

Vu :

Le Doyen,

G. ROUSSY.

Vu :

Le Président de la Thèse,

LEMAITRE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

- ARGAUD et CLERMONT. — Chordome primitif malin de la poche de Luschka. *Annales d'Anatomie pathologique*, 1928, t. V, p. 145-152.
- BABONNEIX et DARÉ. — Pathologie du Pharynx (1924).
- BERNSTEIN (d'Odessa). — Végétations et adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse chez les enfants. *Archives internationales d'O. R. L.*, 1928.
- BRUN (M.). — Les hypophysites inflammatoires avec ou sans syndrome infundibulo-tubérien au cours des sinusites postérieures. *Thèse, Paris*, 1932, n° 573.
- CANUYT et TERRACOL. — Le sinus spénoïdal (1925).
- CITELLI. — Nouveaux faits expérimentaux et cliniques qui prouvent l'influence des maladies du rhino-pharynx et des sinus sphénoïdaux sur l'Hypophyse centrale. *Archives internationales d'O. R. L.*, févr. 1928.
- CITELLI. — De la fréquence notable de mon syndrome hypophysiaire chez les adénoïdiens après la puberté, et des autres troubles de nature hypophysiaire chez les adénoïdiens. *L'O. R. L. internationale*, déc. 1928.

- CITELLI. — Un cas de gros Kyste remplissant tout le naso-pharynx. *L'O. R. L. internationale*, avril 1927.
- CITELLI. — La pathologie du naso-pharynx et des sinus sphénoïdaux contribue à la pathologie du système hypophysaire. *L'O. R. L. internationale*, mai 1919.
- COSTES. — Le tissu lymphoïde naso-bucco-pharyngé et le chancre d'inoculation tuberculeuse. *Société française d'O. R. L.*, 1931.
- ESCOAT (J.-M.-E.). — Evolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne. *Thèse, Paris*, 1894.
- GANGHOFNER. — Ueber die Tonsilla und Bursa pharyngea. *Prague*, 1873 et 1877.
- GUYARD. — Les tumeurs congénitales du pharynx. *Thèse, Nancy*, 1922, n° 184.
- KLOTZ. — Chordome malin du naso-pharynx. *Annales d'O. R. L.*, 1931.
- LELIÈVRE et RETTERER. — Des Kystes de l'amygdale pharyngienne hypertrophiée. *Comptes rendus de la Société de Biologie*, 1911.
- LUC. — Contribution à l'étude de la maladie de Tornwaldt (hy-persécrétion de la glande de Luschka). *France médicale*, 1886, numéros 120, 121.
- LUSCHKA (H. v.). — Der Schlundkopf des Menschen. *Tubingen*, 1868.
- MAYER (F.-J.-C.). — Neue Untersuchungen auf dem Gebiete der Anatomie und Physiologie. *Bonn*, 1842.
- MÉGEVAND (L.-J.-A.). — Contribution à l'étude anatomo-pathologique des maladies de la voûte du pharynx. *Thèse, Genève*, 1887.

- MEYER (A.-W.). — Bursa pharyngea. *Journal of Anatomy and Physiology*, London, 1914.
- MEYER (W. v.). — Ueber aden. Veget. in der Nasenrachenhöhle. *Copenhagen* (1868).
- PAVLICA (Fr.). — Un cas de Chordome naso-pharyngien primitif. *Bulletin de l'Association française pour l'étude du cancer*, 1929.
- PIAZZA MISSORICI (A.). — Variations des rapports topographiques entre la voûte pharyngée, le sinus sphénoïdal et la selle turcique. — Leur importance clinique. *Revue de Laryngologie*, 31 mai 1928.
- POPPI. — Considérations pathologiques et thérapeutiques sur l'hypertrophie de l'amygdale pharyngée. — Ses rapports avec l'Hypophyse. *Monographies d'O. R. L.*, n° 2, 1921.
- RAUGÉ (Paul). — La maladie de Tornwaldt et la bourse pharyngée. *Bulletin médical*, 13 janv. 1889.
- RIPERT (Jean). — Chordomes du naso-pharynx. *Thèse, Paris*, 1931.
- SCHWABACH. — Ueber die Bursa pharyngea. *Arch. f. mikr. Anat.* Bd. 29, 1^{er} février 1887.
- SLOBODNIK. — L'Hypophyse pharyngée et l'Amygdale pharyngée. *Annales d'O. R. L.*, 1929.
- SWIEZINSKI (F. de). — Végétations adénoïdes chez les adultes. *Annales d'O. R. L.*, 1928.
- TISSIER (P.). — Etude de la Bourse pharyngée ou Bourse de Luschka, au point de vue de l'anatomie et de la pathologie. *Annales des maladies d'O. R. L.*, 1886.

TORNWALDT (G.-L.). — Ueber die Bedeutung der Bursa pharyngea für die Erkennung und Behandlung gewisser Nasenrachenraum Krankheiten. Wiesbaden, 1885.

WORMS (G.). — Du meilleur mode de désinfection du cavum. *Archives de Médecine et de Pharmacie militaires* (oct. 1934)

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION	II
Embryologie	13
Anatomie	19
Observations de M. le Professeur Worms	29
Observations personnelles	43
Conclusions	46
Pathologie	50
CHAPITRE PREMIER.	
Les inflammations	52
CHAPITRE II.	
Tumeurs : Les Chordomes	66
CHAPITRE III.	
Relations de la bourse pharyngée avec l'hypophyse.	70
Traitement	74
CONCLUSIONS	78
BIBLIOGRAPHIE	80

